



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

HIV – Subjetividade e Religiosidade no Viver a Doença

Solange de Maria do Nascimento Lopes

Brasília

Dezembro de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

HIV – Subjetividade e Religiosidade no Viver a Doença

Solange de Maria do Nascimento Lopes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro Universitário de Brasília
(UniCEUB), como pré-requisito parcial à
conclusão do curso de Psicologia.
Professor-orientador: Prof. Fernando Luis
González Rey, PhD.

Brasília

Dezembro de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Folha de Avaliação

Autora: Solange de Maria do Nascimento Lopes

Título: **HIV – Subjetividade e Religiosidade no Viver a Doença**

Brasília, ____/____/____.

Banca Examinadora:

Orientador: Prof. PhD. Fernando Luis González Rey

Coorientador: Prof. Me. Daniel Magalhães Goulart

Profª. Me. Morgana de Almeida E Queiroz

Prof. Me. Alexandre de Souza Russo

Brasília

Dezembro de 2014

*Ao Mauro, parceiro, companheiro, amigo e
marido, pela paciência e carinho dedicados a
mim nestes últimos vinte e três anos. Boas
batalhas lutamos juntos e muitas vitórias
comemoramos também.*

*Aos meus filhos queridos peço perdão pelos
muitos momentos ausente de suas vidas, mas
tenham a certeza de que vocês sempre
estiveram comigo.*

Agradecimentos

Agradeço à Existência que guia meus passos e a quem devo o tudo que tenho.

Aos meus pais Francisca e Antônio que com seu amor incondicional me proporcionaram as bases sólidas, acreditando em mim e sempre incentivando. Obrigada pelos exemplos de caráter, honestidade, princípios, valores e hombridade.

Ao meu querido orientador Prof. Fernando Luis González Rey, que ocupa um lugar especial na minha vida acadêmica, pois a mim trouxe um novo olhar para com o outro, e me possibilitou entender que há muito a ser construído entre o que está posto e o que está por vir, em um eterno processo. Obrigada à Existência pela grandiosidade produtiva deste pensador e obrigada a ele pelos ensinamentos, generosidade, transparência e pela atenção dispensada ao longo deste período.

Ao meu não menos querido coorientador, Prof. Daniel Magalhães Goulart, sujeito educado e incansável, doce, mas objetivo e firme quando necessário. Obrigada pela paciência e persistência, junto a mim, na condução deste trabalho. Que o sucesso te alcance, sempre!

A todos os meus professores que são os maiores responsáveis por eu estar concluindo esta etapa da minha vida, por terem compartilhado um pouco de seus conhecimentos comigo. Ratificaram a necessária compreensão sobre o real valor do conhecimento.

Durante o tempo deste curso pessoas foram e vieram, participando um pouco da minha vida e deixando um pouco das suas. Todas foram muito especiais, cada uma ao seu modo. No nosso convívio, tornaram menos difíceis minhas horas de trabalho e mais felizes os meus momentos de vitórias. Não esquecerei jamais de todos vocês, pois de alguma forma contribuíram para o meu crescimento.

Em especial agradeço a Ilaria, italiana (TDC), amiga de muitas horas e muitas taças de vinho, que trouxe o bom humor incontestável à minha vida em muitos momentos difíceis desse processo de construção.

Agradeço a CA pela grande e indiscutível contribuição, o que me possibilitou a construção de todo este trabalho. Pessoa que veio para fazer parte da minha vida!

Estes agradecimentos são minha pequena contribuição àqueles que estiveram comigo nesse caminhar.

Resumo

Há três décadas o tema do HIV/Aids está presente em nosso cotidiano. Veio se constituindo e modificando, perpassando por diversos contextos e se estabelecendo. Convive-se com o mesmo, contudo ainda com algumas resistências. Dessa forma, trata-se aqui de uma pesquisa realizada através de um estudo de caso com uma pessoa vivendo com o HIV. Esta pesquisa se apoia na Teoria da Subjetividade, fundamentada no enfoque histórico-cultural e na epistemologia qualitativa, de González Rey, tendo como direcionamento compreender a produção subjetiva do participante do estudo de caso, em seu processo de adoecimento. Busca-se conhecer aspectos relativos à subjetividade deste sujeito e sua configuração religiosa, suas relações e interações sociais, e de como algumas expressões desta pessoa, se configuram subjetivamente, relativas a sua religiosidade. Durante o processo de construção de informação, surgem alguns indicadores, evidenciados pela pesquisa, considerados importantes para as futuras construções teóricas sobre a condição de saúde e modo de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids. Dessa forma, são percebidos aspectos subjetivos que se configuram nos processos de saúde e doença do participante.

Palavras-chaves: HIV, Subjetividade, Religiosidade.

Abstract

For the past three decades, HIV/Aids has been a topic of interest in our daily lives. Its social meaning has changed across various contexts, establishing itself as something relevant for the society as a whole. Although part of our reality, the topic still faces resistance. Hence, I have conducted a study making use of the case study methodology of a person living with HIV. This research is based on González Rey's Theory of Subjectivity, supported by the cultural-historical approach, and qualitative epistemology, and aims to understand the subjective production of the participant of this case study, in her process of living with HIV/Aids. The intention is to gain understanding on the subjectivity of such person, her religious beliefs, her relationships and social interactions, and how her expressions configure herself subjectively in relation to her religiousness. During the process of collecting information, indicators were identified by the researcher, considered important for future theoretical analyses about the health condition as well as the lifestyle of persons living with HIV/Aids. Thus, some subjective aspects found in the process of "health and illness" have been captured via the process carried out in this study.

Key Words: HIV, Subjectivity, Religiousness.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Fundamentação Teórica	4
2.1 <i>O HIV/Aids e o estado da arte</i>	<i>4</i>
2.2 <i>Concepção de saúde sob a ótica da Teoria da Subjetividade</i>	<i>14</i>
2.3 <i>A configuração subjetiva da religiosidade e suas resultantes.....</i>	<i>18</i>
3. Objetivo Geral.....	22
4. Objetivos específicos	22
5. A metodologia e seus pressupostos	22
5.1 <i>Participantes.....</i>	<i>25</i>
5.2 <i>Instrumentos</i>	<i>26</i>
5.3 <i>Cenário social da pesquisa.....</i>	<i>29</i>
6. Conteúdos para a construção da informação	30
7. Construindo a Informação: Estudo de Caso C.A.....	31
7.1 <i>Eixo temático relacionado às suas relações com o familiar e com o social</i>	<i>31</i>
7.2 <i>Eixo temático relacionado a sua experiência religiosa</i>	<i>43</i>
8. Considerações Finais.....	47
9. Referências Bibliográficas	51
APÊNDICE “A” - ATIVIDADE DE COMPLEMENTO DE FRASES 1.....	55
APÊNDICE “B” - ATIVIDADE DE COMPLEMENTO DE FRASES 2	57
APÊNDICE “C” - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE..	59

1. Introdução

Este trabalho está focado nas temáticas subjetividade e religiosidade humana, mais especificamente nos processos subjetivos que vão se configurando na vida de um sujeito vivendo com o HIV¹. Isso se estabelecendo em um formato de estudo de caso.

Trata-se aqui sobre o tema do HIV/Aids², que há aproximadamente trinta anos está presente em nosso cotidiano. Convive-se com o Vírus da Imunodeficiência Humana e sua manifestação na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), mas ainda com muitas resistências. Registra-se, portanto, a busca pelo rompimento com paradigmas do preconceito, da desconsideração e da exclusão, que tem sido a luta de muitos.

Na medida em que se dava a formalização da informação sobre o HIV/Aids – um processo comprometedor da saúde, em nível mundial – eclodiu um arsenal de preconceitos estigmatizantes no imaginário social que se fizeram perceber nas falas, não apenas nas questões referentes à saúde mais também em âmbitos como o religioso e no discurso da moral. Nesse processo, o que dominava e se evidenciava era a ignorância, o medo e o preconceito ainda muito presente no que se refere ao HIV. Os discursos foram se organizando e estabelecendo de forma normativa.

Considera-se importante salientar que o HIV lança seus ‘tentáculos’ ao coletivo que o circunda e ‘afeta’ e que é afetado por este. Quanto ao sujeito, em muitos casos este subsiste. E mesmo considerando a existência das muitas ações correntes, o contexto ainda apresenta reveses em alguns aspectos, sendo um deles, por exemplo, o despreparo daqueles que estão na ponta, no contato direto com a pessoa, aqueles que poderiam possibilitar o início do processo

¹ Trataremos, neste estudo de caso, de sujeito que não desenvolveu os sintomas da Aids;

² HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês *Human Immunodeficiency Virus*) / Aids: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*). MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013.

de inserção dessa pessoa em um possível espaço de cuidados, o que para muitos usuários pode ser considerado, na grande maioria das vezes, seu recomeço.

Referimo-nos a questões de saúde e doença, partes complementares constituintes da existência humana e portanto merecedoras de consideração e esclarecimentos. Lançando olhares diferenciados sobre essa questão busca-se obter algum entendimento relativo à subjetividade desse sujeito, vivendo com HIV, sua religiosidade, suas relações e interações, bem como do contexto existencial e social onde o mesmo está inserido.

Um dos aspectos deste trabalho trata da questão da religião e religiosidade, algo que invariavelmente tanto pode servir ao autojulgamento, julgamento e condenação por condutas ditas indevidas, quanto também ao propósito do acalanto – onde o indivíduo segue na busca de um sentido para prosseguir. Trata-se aqui de um campo paradoxalmente conflituoso, dessa forma busca-se compreender, mais especificamente, em que grau de comprometimento se encontra a configuração religiosa do sujeito da pesquisa, vivendo com o HIV, e como se evidenciam seus processos de subjetivação quanto a sua condição de saúde.

São consideradas as formas como emergem os processos vivenciados, relativos a existência do sujeito, sua relação subjetiva consigo e com o mundo que o circunda, do ponto de vista da unidade do simbólico-emocional. Nesse sentido, esta síndrome demanda atenção levando-se em conta os conteúdos de sentidos subjetivos envolvidos no processo de experiencição do sujeito vivendo com HIV, pois “os fenômenos do mundo material não afetam o desenvolvimento psíquico a partir de sua conotação objetiva, mas sim pelo sentido subjetivo que assumem para uma população determinada, dentro dos limites de uma cultura e de uma subjetividade dominantes” (González Rey, 2012, p. 29).

Isso posto, busca-se neste trabalho perceber e compreender sobre a produção de alguns dos sentidos subjetivos³ do sujeito do estudo de caso, ou seja, “a forma que a realidade assume na organização subjetiva diferenciada” (González Rey, 2012, p. 124) desse sujeito, decorrentes de sua produção simbólico-emocional sobre aspectos da sua experiência, em conformidade com sua condição de saúde, e por consequência da atualização de suas configurações subjetivas. Tentar produzir consistências quanto ao que está representado na subjetividade social e como o mesmo segue se constituindo nesta subjetividade, pois a relação entre individual e social é recursiva⁴ (González Rey, 2003, 2012). A recursividade se daria com a integração das diversas configurações subjetivas, atreladas a processos simbólicos-emocionais na produção de novos sentidos subjetivos inseridos no contexto da subjetividade social. Trata-se de uma relação entre social e individual que não é evidenciada de forma imediata e tampouco linear.

São vários os aspectos do conhecimento que poderiam dar sustentabilidade a esta pesquisa qualitativa, contudo consideramos pertinente lançar mão de constructos epistemológicos da Teoria da Subjetividade, de González Rey, que nos possibilita uma compreensão, permitindo chegar a consistências quanto as relações sociais, interações, modo de vida e nosso quesito específico: a religiosidade enquanto produção subjetiva de um sujeito que convive com o HIV. Tudo isso sem a pretensão de abarcar o fenômeno em sua totalidade, mas trazer entendimento ao que se apresenta. Dessa forma, fica determinada a busca pelo entendimento e uso desta Teoria.

³ “Unidade inseparável dos processos simbólicos e as emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um destes elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro”. (González Rey, 2003, p. 127).

⁴ “A ideia de sujeito recupera o caráter dialético e complexo do homem, de um homem que de forma simultânea representa uma singularidade e um ser social, relação esta que não é de determinação externa, mas uma relação recursiva em que cada um está simultaneamente implicado na configuração plurideterminada dentro da qual se manifesta a ação do outro” (González Rey, 2003, p.224).

O processo de investigação é possibilitado por formas variadas para a obtenção da informação, que darão sustentação à construção da informação; e nunca se fechará em um único instrumento. Busca-se, portanto, por meio das bases epistemológicas sugeridas pela Epistemologia Qualitativa, conceber instrumentos de forma que, através deste estudo de caso, se possa evidenciar os aspectos da subjetividade, relacionados à produção de novos sentidos, de um sujeito vivendo com HIV, quanto a sua configuração religiosa. Nesse sentido, evidencia-se o desejo em contribuir para a problematização de algumas ‘verdades’ estabelecidas no contexto relativo ao fenômeno em questão. Contudo, convém adiantar que devido à complexidade que o tema abarca, este trabalho não acalenta a pretensão de estabelecer conclusões definitivas, mas apenas suscitar possíveis reflexões que se apoiam em um trabalho de campo que traz contribuições concretas à discussão do tema.

2. Fundamentação Teórica

2.1 O HIV/Aids e o estado da arte

Em sua construção, considerando sua historicidade⁵, as concepções do HIV/Aids sofreram e vem sofrendo mudanças desde seu surgimento. Chegou a ser definido pela imprensa⁶, e acolhido pelo seu público, como “*peste gay*” em alusão à opção sexual, como um mal que provinha de fora. Avançou pelo país atrelado ao que se intitulava promiscuidade. Essa imagem sofre alteração quando o mesmo começa a atingir outros públicos, levando a uma mudança no perfil das pessoas infectadas (Valle, 2002).

Conforme descrevem Brito, Castilho & Szwarcwald (2000) o histórico do HIV/Aids, no Brasil, percorreu espaços diferenciados e com substanciais mudanças em seu perfil de

⁵ A historicidade aqui vista como a observação da constituição de sentidos sobre determinado fenômeno, desconstruindo certezas. Nunes (2005), In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DO DISCURSO, 2005.

⁶ Considerando o trabalho As Vozes da AIDS na Imprensa: Um estudo das fontes de informação dos jornais Folha de S.Paulo e o Globo. Dande (2007).

manifestações e incidência, em seu quadro epidemiológico. A propagação se dá de diferentes formas e contextos, perpassando por grupos homossexuais, usuários de drogas, hemofílicos, heterossexuais, atingindo, a partir daí, um percentual considerável de mulheres. São elencados ainda o grupo de idosos e crianças.

Nas últimas três décadas foram evidenciadas muitas descobertas e esclarecimentos relacionados ao âmbito do HIV/Aids, no mundo. No contexto brasileiro as políticas foram pautadas no manejo e distribuição gratuita dos antirretrovirais, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que veio a gerar problemas no início do processo, mas que se tornou algo corrente devido ao sucesso alcançado e mundialmente reconhecido, colocando o Brasil em uma posição de destaque. Este reconhecimento se dá por um aspecto preponderante do programa que se refere ao diálogo interno estabelecido entre a sociedade civil e a sociedade científica (Szwarcwald & Castilho, 2011).

Em 2001 aconteceu a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e Aids e a formalização da Declaração de Compromisso na luta contra o HIV, onde se deu o reconhecimento da necessidade de promoção dos direitos humanos e o trabalho de redução de vulnerabilidade ao HIV (UNGASS, 2001-2005). A partir desse ano até o ano de 2010 ocorreram muitas discussões para a promoção de políticas públicas no nível nacional, envolvendo tanto o governo quanto a sociedade civil para o lidar com o contexto em epígrafe (Brasil, 2010).

Foram inúmeras as campanhas e os muitos materiais conceituais descritivos dos vários aspectos que circundam a Síndrome do HIV/Aids que nortearam e ainda norteiam as práticas de conscientização, respeito, aceitação e preparo para a condução desse processo, no que tange a âmbitos formais tanto internacionais quanto nacionais, e têm sido ostensivas em termos de informação e de acompanhamento.

Entretanto, mesmo considerando todo o esforço investido nesse processo, tanto pelo governo quanto pela sociedade civil, a mídia, no Brasil, muito tem fornecido de material para o ‘reforço’ de representações sociais no que se refere ao fenômeno, e também aos variados discursos onde a epidemia é notificada e formalizada. Muitas vezes fornecendo o argumento necessário ao julgamento e condenação da pessoa vivendo com o HIV. Falar de HIV/Aids, portanto, necessariamente incorrerá em uma busca à sua construção histórica e historicidade, desencadeada pela imprensa, no Brasil (Darde, 2006).

As primeiras reportagens, quando ainda não se tinha qualquer caminho mais seguro quanto as informações, fomentaram as muitas e diferentes formas de se referir ao fenômeno, e o tema segue se diferenciando na imprensa, conforme vão se diferenciando os ‘campos’ epidemiológicos do HIV. Por outro lado, o poder público passa a exercer um discurso predominantemente voltado para a busca de cuidados preventivos na tentativa de se combater tal fenômeno (Darde, 2004).

Os meios de comunicação seguem estigmatizando⁷ e acabam por produzir uma cultura do medo, como propõe Baierl (2008, pag. 143) “Trata-se de um medo imaginário, de algo difuso, mas que aparece como possibilidade real ao sujeito, e este passa a acreditar nisso. É essa possibilidade imaginada como real – geradora de insegurança – que faz emergir um medo imaginário que conduz as pessoas a alterarem significativamente seus ritmos e a dinâmica da vida cotidiana”. Isto pode implicar em uma ‘cultura’ da violência, quando reafirmam a boa e velha separação entre o bem e o mal, entre o bom e o ruim, entre aquele que pode e aquele que não pode algo. E entre os classificados como ruins se encontram

⁷. Em todo caso, considerando toda essa discussão midiática, há a informação de que foi disponibilizado um Guia sobre HIV/Aids para Jornalistas, pela Federação Internacional de Jornalistas, em 05 línguas estrangeiras, com a intenção de melhorar o padrão mundial de reportagem sobre o tema. www.ifj.org, www.ifj-asia.org ou www.ifjafrigue.org. No Brasil temos o Guia para reportagens sobre HIV e SIDA, 2009.

aqueles que de alguma forma provocam um abalo no *status quo* e assim o desorganizam, o que leva a uma condenação ao diferente como forma de se manter os valores estabelecidos culturalmente como algo fixo.

A forma de ver o HIV/Aids, sob uma máscara de preconceitos, acaba por gerar diferentes questionamentos. Pelo fato de no início estar diretamente vinculado à questão homossexual ou aos usuários de drogas injetáveis, pelo uso de seringas contaminadas tanto reforçou quanto fortaleceu o estigma do preconceito a estes grupos. Esse olhar coloca em questão princípios e valores diretamente relacionados a práticas sexuais, ou melhor, à opção sexual divergente do que é imposto como o ‘normal’, estabelecido na cultura. Dessa forma “os discursos da imprensa são empobrecidos, quando comparados à diversidade de ideias que as pessoas tem sobre o HIV/Aids” (Martin,1994, apud Valle, 2002).

Em dado momento, pessoas que vivem com o vírus tomam consciência de sua situação e a partir daí buscam sair de um lugar de objeto e passam a exercer seus lugares como sujeitos do processo que aos poucos seguem conquistando seu espaço no discurso da imprensa, de forma a alterá-lo. Ainda há grandes desafios, no que tange ao jornalismo e o HIV. Atualmente já é possível viver com o vírus, contudo essa mudança de paradigma poderia ser melhor explicitada pelos veículos de comunicação (Darde, 2006).

O HIV ainda é visto como um problema pertencente ao outro, longe das relações sociais de quem não o detém, possibilitando, dessa forma, um distanciamento seguro da doença e da morte. Trata-se ainda de uma condição de saúde que carrega os estigmas de representações sociais do passado e que estão no presente, pois em um país onde a religião tem essa força na subjetividade social, é evidente que se expresse preconceito em relação ao HIV/Aids, que é uma doença estritamente associada ao “pecado da carne”. Mesmo o sujeito portador do vírus não tendo uma morte física sua vida social fica comprometida, sendo este

muitas vezes levado a omitir o fato, evitando assim uma possível exclusão. São estas condições que ainda persistem. Mesmo o sujeito, antes discriminado como soropositivo, tendo adquirido outra forma de designação e agora sendo tratado como pessoa que vive com o Hiv/Aids de forma a evitar sua ‘morte civil’, isso não foi suficiente para romper com as representações sociais estabelecidas (Galvão, 2009).

As percepções, questionamentos e possíveis conclusões inevitavelmente se prestam ao uso como ‘instrumentos’ culturais apropriados por indivíduos e/ou grupos nas suas ações condenatórias; estas têm se mantido revigoradas no processo de ‘reconstrução’ da epidemia de acordo com a necessidade contextual de se mantê-las. Considerando que geralmente “em nossa sociedade o modelo será o de homem branco, ocidental, adulto, rico, saudável, magro, não portador de deficiência, heterossexual e urbano, o que foge dele acaba caindo em alguma forma de discriminação” (Zauhy & Mariotti, 2002, p. 51).

Dessa forma, é considerado pertinente trazer à discussão um dos aspectos substanciais da Psicologia Social, ou seja, o conceito de Representação Social, que podemos entender como um novo espaço para a discussão do problema, neste campo. Moscovici (2009), na perspectiva da Teoria das Representações Sociais, propõe haver uma interdependência como característica intrínseca aos grupos existentes em uma sociedade, pois “o que marca a existência de um grupo é um destino comum compartilhado por seus membros” (p. 24). No que se refere ao preconceito, para este autor o que há é uma cristalização histórica que sugere uma assimetria entre o grupo da maioria e o grupo minoritário. Dessas ponderações podemos concluir que o sujeito que diverja, em alguma condição existencial, de sua maioria, tenderá a ser ‘banido’ do convívio com esta.

Neste sentido, Jodelet (2005, p.315) afirma que “cada vez que exprimimos uma ideia, uma concepção, uma adesão, dizemos algo de nós mesmos. Aderir a uma representação é

participar de um grupo, de uma ligação social, mas também expressa algo de sua identidade que pode ter um efeito sobre a construção do objeto”. Além disso, conforme pontua González Rey (2003), as representações sociais, em um primeiro momento, podem sugerir “verdades” irrefutáveis, quando relacionadas ao senso comum, porém elas são produzidas em um dado momento histórico, o que leva ao entendimento de serem vistas como passíveis de variações, ou seja, são dinâmicas e suscetíveis a questionamentos.

Dessa forma, considerando o tema HIV/Aids, podemos suscitar que o entendimento de Representações Sociais, discursos e outras práticas da sociedade, relativas a um grupo, nos possibilitaria verificar a percepção desse grupo sobre sua realidade, em contexto social específico. Nessa linha, Jodelet (1989/2001) propõe, sobre o HIV, o surgimento de concepções e interpretações tanto morais e sociais quanto biológicas, que de alguma forma tanto suscitaram comportamentos quanto incidiram sobre outros, isso implicando na vida das pessoas acometidas ou não pelo agravo. Dessa forma, a Representação é sempre uma produção tanto social quanto individual, resultante de práticas sociais relativas a uma cultura.

Dessas ponderações é possível constatar o nível de complexidade das representações sociais e o que seu conceito evidencia diante do fenômeno HIV/Aids, considerando sua inscrição na existência de pensamentos estabelecidos e aprisionados a crenças e valores dos grupos que as detêm. Trata-se de respostas legítimas e socialmente ‘trabalhadas’ nos discursos e em seus contextos; uma forma de conhecimento do mundo que incorpora novos fenômenos desde que estes não provoquem divergências com o estabelecido e que sejam úteis e aceitáveis (Moscovici, 1961/2012). Nesse sentido, o sujeito se constitui impregnado por suas percepções muitas vezes sob os efeitos de representações estabelecidas.

Quando Moscovici propõe seu conceito de Representação Social, faz-se presente uma nova zona de sentido⁸ ao contexto teórico da psicologia social, pois até então não havia sido evidenciada qualquer manifestação à dimensão subjetiva, ou seja, nada fora atribuindo ao sujeito em seu caráter ‘configurador’ do evento social. O indivíduo passa a ser parte da configuração social do evento social, este havia sido ‘deixado’ de fora como sujeito do processo (González Rey, 2003).

Faz-se necessário esclarecer, entretanto, que mesmo com o avanço alcançado pelo que o novo conceito promove, onde as representações seriam parte do sentido simbólico, social e subjetivo, Moscovici não consegue perceber o processo de como a subjetividade individual participa do campo simbólico que a representação hegemoniza, implicado na produção de representações. Ele centrou-se no psíquico-social e na produção simbólica, deixando de lado as emoções do sujeito que também são parte do processo. Considerando o “caráter gerador” do indivíduo, proposto pela teoria da subjetividade, sob uma ótica histórico-cultural, torna-se fundamental perceber que o subjetivo alí contemplado não pode ser reduzido ao simbólico pura e simples levando-se em conta que este se constitui de sentidos subjetivos “que dão conta do lugar das emoções na constituição das representações sociais” (González Rey, 2003, p.125).

É de suma importância que se tenha em conta que as práticas não são dadas, não se constituem a partir de representações, pois o simbólico, em determinadas áreas e ação do homem, em unicidade – qualitativa diferenciada – com o emocional é que resultam no que se designa como sentidos subjetivos.

⁸ Zona de sentido como representação de um novo espaço de significação e de inteligibilidade sobre a realidade e o estudado; que se produz na pesquisa mas não esgota a questão, abrindo novas possibilidades. Estas encontram sentido nas teorias, mas não se esgotam em nenhum momento concreto, dentro das teorias científicas. (González Rey, 1997, 2002, 2010).

Este, portanto, seria o contraponto entre a teoria da subjetividade e a teoria das representações sociais, no que se refere ao tema das emoções e do sujeito individual. A emoção, como elemento, deve ser vista não apenas como mais um elemento participante, mas que seja vista como algo inseparável do simbólico; ou seja, que ambos sejam considerados, enquanto elementos conceituais, mas atuando em unicidade na produção de novos sentidos subjetivos. Dessa forma, torna-se imprescindível que a representação seja percebida como uma produção subjetiva que é intrínseca ao social, mas não um mero reflexo deste. Trata-se de mais uma forma de se representar as configurações subjetivas sociais que envolvem a complexidade emocional e seus processos particulares que caracterizam os processos humanos.

Sobre as representações sociais, Moscovici pretendia que estas fossem um sistema representativo partilhado, sobre o qual se organizavam as práticas. Entretanto a forma como um grupo de sujeitos singulares partilham os espaços práticos das representações é que evidenciará o simbólico, que já será subjetivo nesse momento e não mais meramente simbólico. Moscovici não entrou no mérito do emocional, pois não detinha os conceitos necessários para explicitar como a representação social, existindo em um nível social, portava um valor emocional. A representação simbólica, como definição simbólica em si mesma, não é portadora da emocionalidade que se organiza dentro da prática, que se apoia somente nesta representação.

Considerando esse aporte, discute-se sobre a representação social do HIV/Aids, sendo este um fenômeno que, por sua natureza, poderá provocar a rejeição pelo agravo significativo que traz, enquanto desafio para as pessoas em seu existir. Tendo em vista que as representações desempenham um papel nas práticas sociais, Parker (1994) nos alerta para um aspecto referente ao surgimento do fenômeno HIV/Aids no Brasil, o fato deste primeiro aparecer na mídia e só depois se tornar um problema médico, levando ao entendimento de que

“as atitudes são definidas em estados de espírito voltados para valores e estados de disponibilidades organizados através da experiência” (Sêga, 2000, p. 131). Isto vem corroborar a atuação da população diante do problema na atualidade, tendo em vista o total desconhecimento quanto ao mesmo e a forma como este foi colocado em pauta.

Em consequência, a pessoa vivendo com HIV sofre duplamente pois por um lado é abatida por um sofrimento físico, que ainda está atrelado a um forte fator de destruição e por outro o sofrimento social, causado muitas vezes por olhares discriminatórios, preconceituosos e intolerantes. Logo se justifica a ponderação de que “preconceitos são dificilmente dissipados, os estereótipos nem sempre enfraquecidos, pois, para Moscovici, não existe nada na representação que não esteja na realidade, exceto a representação em si” (Sêga, 2000, p. 128-129).

Por conseguinte, as atitudes relacionadas ao pensar, sentir e desejar (Lima, 1996), são passíveis de mudança e transformação. É possível ao sujeito se situar diante do outro, em um dado momento, considerando as manifestações diferenciadas de cada um diante da mesma situação ou objeto. Nesse sentido, conforme propõe González Rey (2007,2008) os sentidos subjetivos e suas inter-relações de associação com as configurações subjetivas, de uma subjetividade individual, são parte de um processo de tamanha complexidade que conduz à consequência de não se poder analisar os fenômenos de forma pontual, pois a relação com o mundo perpassa por uma produção simbólica por parte do sujeito em unidade com as suas emoções. A partir daí busca-se entender o resultante da complexa relação dialética que se dá no caminho para a organização subjetiva de um sujeito vivendo com o HIV.

O homem segue se formando, se constituindo e se desenvolvendo nas suas vivências e nas relações em que está inserido socialmente, pois “sabemos que vínculos sociais emergem e são definidos por diversos processos históricos de configuração” (Valle, 2002, p. 181). Assim,

tratamos aqui do que é da historicidade que o tema carrega, considerando a emocionalidade humana como aspecto preponderante nesse contexto de apreensão, percepção e desenvolvimento subjetivo, onde é tal a complexidade sistêmica da subjetividade que se torna impossível qualquer relação linear entre seus componentes. (González Rey, 2003).

Pascual (2008) discute sobre o fato de que viver com o HIV significa dizer que este estará presente em todas as relações do sujeito, influenciando todos os seus passos, relações e contextos, ou seja, o que as configurações subjetivas como conceito nos permitem na experiência de conhecimento. Portanto, o contexto existencial do indivíduo se encontra intrinsecamente intra e inter-relacionado, o que possibilita chegar ao rompimento com dicotomias e para a consideração da dialética existente nessas relações. A organização psíquica, advinda de configurações subjetivas, se desenvolve na experiência social, histórica, cultural, considerando as ações simbólico-emocionais – portanto, de um agente ativo – e de seus novos sentidos subjetivos resultantes do instante da tensão experienciada entre este e o mundo que o cerca. Estas considerações contemplam os efeitos das experiências de vida do sujeito que tanto impactam a subjetividade social quanto são impactadas por esta (González Rey, 2003, 2008, 2011).

Levando em consideração o individual, o coletivo e seus conflitos intra e inter-relacionados, romper com o paradigma do preconceito – que remete à desconsideração, exclusão e à discriminação – tem sido a luta de muitos para ultrapassar os limites da incompreensão que gera a intolerância observada nesse contexto. Para muitos viver o fenômeno significa estar condenado ao próprio corpo, onde a vida segue cruelmente comprometida em um estar preso a um exílio interior – ‘vítima’ do segredo – evitando dessa forma a condenação social, como fica evidente no posicionamento de Rocha (2007) “desqualificado no seu papel social, o outro é quase inteiramente anulado em sua humanidade” (p. 18). Contudo, mesmo vivenciando o problema de sua condição de saúde e

experienciando o preconceito existente o sujeito em questão busca formas diferenciadas de superar o problema.

2.2 Concepção de saúde sob a ótica da Teoria da Subjetividade

Camargo Jr. (2007) nos provoca à reflexão sobre o fato de que a medicina tem apoiado seu discurso, observações e formulações, via de regra, na perspectiva biomédica, que reflete uma técnica-instrumental das ciências biológicas. Esta, muitas vezes, exclui a possibilidade de manifestação subjetiva, visando a mais ‘perfeita’ e plena compreensão das doenças que se apresentam em seus pacientes, considerando que desse desempenho dependa a efetividade e a compreensão dos fatos. Nesse sentido, o autor afirma que “uma das linhas mais estruturadas de crítica ao modelo biomédico⁹, em geral, e em particular da aplicação do mesmo a intervenções coletivas no bojo da tradicional saúde pública, centra seu foco nas distorções induzidas pela centralidade da categoria doença neste modelo” (p. 64).

Por outro lado, em relação a saúde são considerados aspectos da Teoria da Subjetividade, de González Rey, que propõe a emergência do sujeito e deste poder recuperar sua posição ativa no processo quanto à sua condição de saúde (Mori & González Rey, 2012). A condição de saúde¹⁰ de uma pessoa pode se apresentar de várias formas, com características de persistência, fluidez, estabilidade e/ou comprometimento o que poderá desencadear tanto reações particulares quanto sociais de negação e/ou aceitação, e tanto de apoio e cuidados quanto de repulsa e negligência. Estes comportamentos poderão advir da pessoa, de seu contexto social mais particular como também do sistema de atendimento à sua saúde.

⁹ O modelo biomédico tem sido, desde meados do século XIX, o modelo predominantemente usado por médicos no diagnósticos de doenças.

¹⁰ As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas, que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou continuas e fragmentadas ou integrais. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011;

A discussão sobre o tema da saúde tem suscitado reflexões diferenciadas, para mais além do que se refere a doença e a hospitalização. Toma-se, portanto, esta consideração na expectativa de se poder elencar aspectos relativos à produção de autonomia por parte do sujeito, considerando seus aspectos sistêmicos e processuais.

A saúde deve ser vista não como a simples ausência de doença, mas como um processo que integra sua história, sua cultura e o seu contexto social. Esta não se constituirá tão somente quando afetada por uma situação que imponha alguma fragilidade, decorrente de um processo de adoecimento bastante característico de um modelo biomédico de sólidas raízes, mas para muito além deste contexto. Dessa forma, na experiencição de dificuldades diversas e sofrimento, é condição *sine qua non* que se dê a emergência do sujeito, e que este possa lançar mão de seus próprios recursos para a experiencição de sua condição de saúde no mundo (Goulart, 2013).

A categoria sujeito nem sempre foi considerada no processo de desenvolvimento da ciência, pois se assim o fosse implicaria pensar a participação ativa desse sujeito, levando ao reconhecimento da subjetividade individual¹¹ e ao aspecto processual que se manifesta de forma constante nas ações do sujeito. Esta condição de sujeito possibilitaria ao mesmo romper com limites impostos socialmente, em seus processos de subjetivação. Dessa forma, tomaria seu lugar no contexto da saúde-doença como autor ativo, podendo se organizar quanto a sua condição de saúde. (González Rey, 2003).

Um outro aspecto a ser considerado, no contexto da saúde do sujeito vivendo com HIV, é a existência de muitas dificuldades e desafios a serem superados. Entre essas dificuldades temos, por exemplo, o despreparo daqueles que estão na ponta, ou seja, a equipe

¹¹ Como definição de subjetividade individual temos que esta “representa os processos e formas de organização subjetiva dos indivíduos concretos” (Gonzalez Rey, 2003, p. 241)

médica e de atendimento – considerados aqueles que deveriam possibilitar o início do processo de inserção da pessoa em um espaço de cuidados e integração social, tendo em vista que para muitos usuários este momento poderia ser o seu recomeço, o início dos processos de subjetivação diante da doença. No entanto, “A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde” (Teixeira, Pinheiros & Mattos, 2003, p. 98). Contudo, ainda se observa uma forte desqualificação dessa atuação no contexto hospitalar.

O profissional de saúde que travar contato com o sujeito adoecido, em processo de produção de suas configurações subjetivas, sendo possuidor de uma melhor compreensão sobre as variadas formas de adoecimento necessitaria tomar consciência não somente de seu potencial mais também de suas fraquezas e limitações. Isso possivelmente possibilitaria o estabelecimento do vínculo necessário a essa relação, podendo assim contribuir para uma melhor organização do sujeito em adoecimento. Essa organização depende de muitos outros aspectos, inclusive das relações estabelecidas e das emoções bilaterais desencadeadas nesse momento. Conforme propõe González Rey (2003, p.215) “para que uma relação atue como fonte de desenvolvimento, há de implicar emocionalmente aos sujeitos que dela participam”.

Cabe salientar, portanto, que a condição de saúde da pessoa vivendo com o HIV compromete o coletivo que o circunda, afetando, dessa forma, toda uma história de vida em comum. Nesse sentido, "acolher é, pois, encontrar outra forma de lidar com a diferença. O contato com o diferente é a possibilidade de aprender algo novo; é a possibilidade real de expandir meu mundo" (Zauhy & Mariotti, 2002, pag. 51). Dessa forma, todos os envolvidos no processo podem manifestar ações de subjetivação diante das experiências vivenciadas no contexto da saúde e de cuidados.

O contexto existencial das pessoas, neste caso mais especificamente no contexto da saúde, está recheado de representações que são parte da produção de sentidos subjetivos, que se organizam na configuração subjetiva de uma pessoa para lidar com o processo de adoecimento, e cuja condição de saúde lhe impõe condicionantes para a atuação, no seu viver a doença. Nesse contexto de saúde e doença, as patologias foram pautadas com base nestes aspectos, e na sua diferenciação. “Dessa maneira, o social é naturalizado, pois o ‘normal’ é natural e não cabe ao homem interferir, apenas diferenciar e classificar” (Bock, 2001, p. 1). Dessa forma, passa a ser grande a responsabilidade do sujeito com relação a processos que são ‘inseparáveis’ de uma ordem social, considerando a naturalização de processos humanos e a caracterização de sujeitos enquanto saudáveis ou doentes. As doenças não são desencadeadas por causa única e portanto se constituem sistemas complexos (González Rey, 2011).

González Rey (2005), sob a perspectiva histórico-cultural, se refere à subjetividade como sendo um sistema ‘pluridimensional’, processual, em que o sujeito é ativo, que segue em processos de configurações na sua história e em seu contexto social. Dessa forma, para o sujeito, viver a vida não significa apenas um episódio ou algo circunstancial mas seu modo de ser, em suas relações com o mundo. Assim, este segue se constituindo nos embates resultantes de seus conflitos, pois reside aí um caráter contraditório pertencente a este sujeito, resultante de suas configurações subjetivas provenientes de sua história e das circunstâncias que envolvem seu momento de vida atual.

Ainda no contexto da subjetividade e saúde, González Rey (2011) trata sobre o tema ‘modo de vida’, considerando este como um sistema de configurações subjetivas que extrapolam um sistema de hábitos e comportamentos individuais, levando o sujeito a atuar diante de uma complexidade cada vez mais exigente onde este necessita produzir alternativas que sobrepujam os seus conflitos. Isso levaria a compreender que problemas de saúde, na sua

maioria, não poderiam ser resolvidos de forma pontual, mas que seja considerado o sistema subjetivo de vida da pessoa comprometida, pois certamente a complexidade do problema de saúde está além do que é explicitado.

Portanto, sob esta ótica, é atribuído ao binômio saúde-doença característica processual, considerando que o sujeito pode vir a desenvolver sentidos subjetivos de forma a se organizar mesmo estando comprometido na sua condição de saúde, podendo evidenciar novas formas de subjetivação diante do novo contexto que se apresenta, resultantes de seus recursos subjetivos. E, como exemplo, uma destas formas de subjetivação pode estar relacionada à sua configuração religiosa, que o leva a ser sujeito de si e a abrir novas frentes diante de sua condição de saúde, ou não.

2.3 A configuração subjetiva da religiosidade e suas resultantes

Antes de tratarmos aqui sobre a forma de lidar com a situação, vinculado ao contexto da religiosidade, especificamente, faz-se imprescindível que tragamos à luz da discussão algumas definições do que possa vir a ser cada uma das componentes religião e religiosidade como constituintes do fenômeno. Sobre o fenômeno religioso, historicamente, são verificados alguns processos de investigação que evidenciam que o mesmo fora ora contemplado como possuidor de um caráter coletivo tradicional, ora sendo pautado como algo do singular, considerando campos distintos onde se deram as investigações (Bizerril & Neubern, 2012).

O homem, em sua história, de um modo geral, tem buscado interpretar, dar sentido e significado ao mundo ao seu redor. Este é possuidor de necessidade para dar sentido à sua existência vivida, tanto quanto à realização de suas necessidades biológicas, o que o leva a uma incapacidade de estar em um mundo que não lhe faça sentido (Geertz, 1989). Dessa forma, considerando a complexidade do fenômeno, a religião pode ser definida como referência de “organização externa, mais ou menos coerente, de crenças, valores, mitos e

ritos” (Freitas, apud AmatuZZi, 2001a, p. 32), que contribuem para a atuação do sujeito no mundo que o cerca.

Para Geertz (1989) a componente religião pode ser vista como provedora de aspectos significativos que trarão aos sujeitos, individualmente, certa capacidade para organizar sua conduta. Nesse sentido, em se tratando de experiência humana, trazemos a outra componente religiosidade, sendo referida aqui como as “disposições humanas que levam a pessoa à capacidade de experimentar fenômenos religiosos” (Freitas, 2012, p.199).

Por conseguinte, em se tratando do tema HIV/Aids, o aspecto religioso pode ser considerado como influente tanto para impor uma visão algumas vezes deturpada deste fenômeno, quanto como um espaço de auto-organização e produção de novos sentidos e consequente subjetivação diante do processo. Temos, por um lado, as muitas religiões enquanto instituições, seus objetos de culto, dogmas, valores e sua moral, com seus pré-julgamentos e proposições, e de outro a religiosidade do sujeito – o caminho percorrido pela pessoa, neste contexto. O aspecto religioso tanto pode levar à auto condenação quanto à condenação de comportamentos de grupos sociais que busquem uma ‘compreensão’ desse fenômeno, o que pode vir a comprometer, de forma substancial, uma percepção mais específica da realidade da doença, perpetuando uma visão enviesada no cotidiano das pessoas (Sampaio, 2002).

Sobre a realidade da doença, esta terá como prerrogativa as respostas de uma estreita e complexa relação entre os níveis individual e social com sua organização e funcionamento em um permanente processo de desenvolvimento, pois como pontuam Mori & González Rey (2012) “o posicionamento da pessoa como sujeito no processo de adoecimento está relacionado não apenas com a organização de seus processos na subjetividade individual, mas também com os aspectos da subjetividade social.” (p. 149). Dessa forma, as configurações

subjetivas tanto trazem em sua constituição o social produtor de sentidos quanto aspectos da significação atribuída pelos sujeitos aos seus momentos existenciais, considerando sua configuração geradora de sentidos. Portanto, o que se quer dizer é que há uma implicação simultânea entre estes espaços.

Em sua análise Geertz (1989) discute e ‘restringe’ a religião a uma dimensão cultural. Cultura, compreendida por este, como “um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas, expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida” (p. 103). Contudo convém explicitar a necessidade em si considerar e ratificar “o papel da singularidade nesses processos, bem como a contribuição das variações singulares na constituição e transformação dos processos coletivos” (Bizerril & Neubern, 2012, p. 245).

Geertz (1989) sugere uma dependência do ser humano relativa aos símbolos compartilhados, pois a ausência destes poderia levar ao caos. Para o autor, a religião pode promover a formulação de ideia de uma ordem para a existência, pois, do contrário esta se encerraria apenas em um conjunto moralmente normatizante. Logo, a religião, sob esta perspectiva, vem com o propósito de dar um esclarecimento quanto à ordem das coisas, do existir. Em seu conceito de cultura ele propõe que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essa teia” (p. 15). Para o autor não há dicotomia entre social e individual no que tange à constituição da religiosidade, contudo o aspecto singularidade não é aqui considerado. A ele interessa a cultura, deixando de lado, quiçá, o elemento principal do processo: o sujeito.

Para Geertz (1989) os símbolos sagrados promovem uma harmonia entre o estilo de vida particular de um povo e uma visão de mundo, coadunando as ações humanas e suas

experiências a uma determinação superior. Contudo, para além de uma determinação, a experiência religiosa se estabelece no processo de subjetivação, que resultaria da produção de sentidos subjetivos decorrentes da relação estabelecida entre as demandas atuais e a trajetória religiosa do sujeito. De acordo com a definição de configuração subjetiva descrita como a integração de diferentes sentidos da ordem do simbólico e do emocional (González Rey, 2003, 2004, 2010), resulta que o processo de configuração de sentidos e significados, advindos da integração existente entre subjetividade social e individual, vem sugerir ser a resultante da prática religiosa da ordem do subjetivo.

Bizerril & Neubern (2012) em suas análises, sugerem que a experiência religiosa “poderia ser pensada como um espaço de produção de sentidos subjetivos, por meio do qual trajetórias biográficas são ressignificadas e crises de vida, confrontadas” (p. 231), considerando-se perspectivas, releituras, concepções e relações entre o mundo social e divino e os possíveis fenômenos desencadeados por esta. A partir daí observamos a experiência religiosa como sendo em si mesma uma produção subjetiva, e assim considerar que para cada pessoa haverá comportamentos e modos de agir distintos, cujos processos de subjetivação religiosa se darão de acordo com a trajetória de cada sujeito no mundo.

Faria & Seidl (2005, 2006), em seus trabalhos que tinham como objetivos estimular a reflexão relacionada ao campo da religiosidade em contextos de saúde e doença e também com a finalidade de obter conhecimento quanto aos comportamentos de sujeitos vivendo com o HIV, considerando sua religiosidade como estratégia de ‘enfrentamento’ de situações-limites desencadeadas por sua condição de saúde, estas concluíram que pode haver uma multiplicidade de efeitos quando se trata da componente religiosidade no processo de subjetivação, ressaltando que isso só terá sentido enquanto parte da história existencial da pessoa, de seus valores e crenças.

Dessa forma, a religiosidade, considerada tanto como elemento promotor do auto julgamento, levando à culpa pelo ‘descuido’ ou outros aspectos, vistos como possíveis efeitos negativos, será a mesma que ofertará condições subjetivas para transpor barreiras, através de sistema de crenças, valores, percepções e sentimentos da pessoa com relação ao fenômeno, suscitando processos de subjetivação “que aí tomam parte, marcados principalmente pela construção de emoções, significados e sentidos” (Bizerril & Neubern, 2012, p. 248), que contribuirão para o possível auto resgate. Nesse sentido, fica evidenciado o fenômeno da subjetivação, preponderante no processo da produção de saberes que trata do aspecto religiosidade.

3. Objetivo Geral

- Compreender processos subjetivos associados à experiência de viver com o HIV, por parte de um adulto.

4. Objetivos específicos

- Investigar processos produzidos pelo participante da pesquisa, relacionados ao seu contexto familiar e social no que tange à sua condição de saúde.
- Compreender processos de subjetivação de uma pessoa vivendo com HIV, derivadas de sua experiência religiosa.

5. A metodologia e seus pressupostos

González Rey (2003) ao reconhecer a subjetividade em sua total complexidade sistêmica, cujos componentes elementares não podem ser fragmentados ou decompostos em partes individuais e cujo desenvolvimento se dá tanto como constituinte quanto constituído dentro de outros sistemas, buscou trazer um novo olhar para a construção do conhecimento, definindo pressupostos epistemológicos norteadores do processo de produção do conhecimento.

Nesse sentido, na busca por uma metodologia que desse sustentabilidade a este trabalho, optou-se pela Pesquisa Qualitativa, com base na Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2010), que tem como um de seus pressupostos o conhecimento como produção-interpretação, através da investigação de fenômenos, por parte do pesquisador, que se apresentam na pesquisa. Nessa perspectiva, os aspectos metodológicos da pesquisa seguem legitimando a construção do conhecimento.

González Rey (2010) desenvolveu uma metodologia que possibilita analisar problemas relacionados ao universo do não palpável, ou seja, da ordem do imaterial, da singularidade e do complexo, fugindo dos modelos de pesquisa relativos ao normatizado e engessado em rituais padronizados. Dessa forma, é possível tanto ao pesquisador quanto também ao participante adotar um formato mais aberto e exploratório, considerando ainda se tratar de um modelo de pesquisa em um permanente processo de construção, pois não se pretende aqui impor verdades ou mesmo esgotar a complexidade que o campo abrange.

Tal como propõe González Rey (2010), deve-se considerar a pesquisa qualitativa como forma de desenvolvimento de modelos teóricos geradores de inteligibilidade que possibilitem a construção de conhecimento sobre situações vivenciadas, que não são diretamente acessíveis. Não há aqui a pretensão de abarcar o problema como um todo em sua complexidade, considerando a não existência de sentidos estáticos. Essa maneira de construir e interpretar parte de um princípio onde a neutralidade do pesquisador deve ser considerada como algo que impossibilitaria o processo, havendo a necessidade de envolvimento mútuo que viabilize o acesso à informação de forma qualitativa.

Dessa forma, a construção qualitativa será considerada pertinente quando explicitar as posições do pesquisador e as reflexões deste sobre os resultados alcançados, sendo geradas a partir daí novas zonas de sentido (González Rey, 2003), no decorrer do desenvolvimento

teórico. Assim dá-se o fundamental para a pesquisa qualitativa, em que cabe a atuação do pesquisador sobre o fenômeno que se quer entender ou interpretar (González Rey, 2003).

O autor propõe que a compreensão de uma realidade complexa e conturbada certamente não poderá ser apreendida como algo simples e direto; que não pode ser acessada simplesmente através de adoção de instrumentos considerados válidos e que vêm carregados de determinantes à priori (González Rey, 2011). Considerando toda a complexidade sistêmica, o autor nos posiciona diante da ideia de um sujeito que “é um sujeito subjetivado com capacidade de subjetivação de sua experiência, na qual não se dilui em nenhum de seus sistemas que participam de seu desenvolvimento”. (González Rey, 2003, p. 224).

A pesquisa qualitativa, portanto, propõe tentar compreender o objeto que se quer estudar, ou seja, não está na busca por princípios, leis ou generalizações indutivas, o que é mais pertinente ao foco da pesquisa quantitativa. A pesquisa qualitativa se dá efetivamente pela comunicação entre os sujeitos, que se trata de um processo permanente de mudança; e suas construções são produzidas através da interpretação e da construção teórica, enquanto pressuposto, que permitam chegar a hipóteses passíveis de gerar visibilidade aos sentidos subjetivos configurados na experiência estudada (González Rey, 2003).

Considera-se que a ‘escuta’ desse sujeito – que transporá os limites de uma simples escuta e implicará na possibilidade de diálogos – deverá levar em consideração a sua singularidade em todos os seus contextos, possibilitando assim a construção-interpretação por parte do pesquisador e a assunção, pelo sujeito, de sua condição e existência nesse mundo. É importante evidenciar que não se trata aqui de um processo de racionalização por parte do sujeito e tampouco de processos cognitivos, mas tão somente da produção de sentidos subjetivos que tem como fonte elementos inconscientes que são parte de sua configuração. (González Rey, 2011).

A singularidade, outro pressuposto dessa teoria, aponta para o aspecto da produção de informação que levará ao conhecimento. A pessoa traz constituídos na sua configuração subjetiva tanto aspectos particulares quanto sociais, pois, conforme propõe o autor, é da contradição da relação entre esses espaços, singular e social, que se dará a possibilidade de desenvolvimento de ambos. Dessa forma, pela compreensão desses sentidos expressos pelo sujeito em seus muitos espaços de atuação, é que seria possível então o desenvolvimento de modelos teóricos propostos pelo pesquisador no decorrer sua pesquisa (González Rey, 2003, 2005).

Ao evidenciar o caráter dialógico da investigação, um de seus pressupostos, González Rey (2003) propõe a comunicação como aspecto preponderante à compreensão do que é resultante da pesquisa, através de estudo singular das configurações e processos subjetivos que caracterizam a subjetividade envolvida na pesquisa e da interação resultante entre pesquisador e pesquisados. Trata-se de chegar a outro nível de produção, considerando a singularidade como aspecto essencial. Dessa forma, a epistemologia qualitativa é base preponderante ao campo das pesquisas onde há forte necessidade de uma exploração mais profunda no que se refere à singularidade desse ser social.

5.1 Participantes

Este trabalho foi composto por um participante, escolhido pela conveniência que se apresentou diante do objetivo que a pesquisa propõe. Os encontros se deram em conformidade com os espaços sugeridos pelo sujeito, pois deveriam representar espaços onde o mesmo se sentisse ‘à vontade’ para discorrer sobre o tema, o que para o investigador se configurou satisfatório à pesquisa.

A participante, brasileira, 43 anos, é parte de uma família que comporia o que chamamos de ‘classe média’. Foi casada por treze anos, dos quais sete anos foram vividos em

Boston, onde esta trabalhou como “*Case Manager*”, em um hospital. Formou-se em direito, mas não exerce a profissão como atividade constante, apenas em situações esporádicas, pois diz não se identificar totalmente com a prática, sugerindo que a mesma está ‘corrompida pelo sistema’. Vive com a mãe e um irmão divorciado, que retornou para casa após a separação, o que provocou conflitos no espaço familiar desta. Há dois outros irmãos: um casado, que está fora de casa desde então, e a irmã mais velha que mora em Londres. Seu pai, dependente do álcool, o que desencadeou uma cirrose hepática, veio a falecer em decorrência do uso abusivo da substância.

5.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados na construção da informação foram a dinâmica conversacional e o complemento de frases, composto por indutores devidamente completados pelo participante.

Para González Rey (2010) “A pessoa que participa de uma pesquisa não se expressará por causa da pressão de uma exigência instrumental externa a ela, mas por causa de uma necessidade pessoal que se desenvolverá, crescentemente, no próprio espaço de pesquisa, por meio dos diferentes sistemas de relação constituídos nesse processo”. (p.15). Então, tendo em vista a complexidade humana e sua atuação no mundo, vale salientar que o importante da pesquisa é o que resulta do diálogo mantido entre investigador e sujeito, de suas dinâmicas interacionais e das manifestações emocionais promovidas pela comunicação estabelecida entre ambos. Coube reconhecer o sujeito como ativo no processo e cujas ações são imprescindíveis. A partir daí, através de suas configurações foi possível desenvolver uma representação abrangente dos sentidos subjetivos que se organizam em relação a um determinado problema.

A Epistemologia Qualitativa possibilita ao pesquisador conceber instrumentos de pesquisa como formas de se alcançar uma interação legítima entre pesquisador e participante, de forma que seja possível atingir um rico espaço de informações e ideias. O espaço se constituiu considerando-se os instrumentos como um conjunto de estratégias utilizadas de maneira que concebessem “um sistema do qual uns se relacionam com os outros, dando lugar a um sistema único de informação” (González Rey, 2010, p. 43). Dessa forma, serviu tanto ao indivíduo se manifestar de maneira ativa, crítica e criativa, quanto ao pesquisador o exercer de um caráter também ativo, com a responsabilidade em construir o modelo teórico que resultou da pesquisa.

Para González Rey (2010), é importante que a escolha dos instrumentos, de maneira ideal, transite entre as formas orais e escritas, pois essa integração de aspectos poderá determinar a posição do sujeito em sua reflexão, possibilitando a estas formas diferenciadas de exposição da sua experiência vivenciada. Dessa forma, utilizou-se instrumentos diferenciados que permitissem “ao sujeito deslocar-se de um sistema de expressão, qualquer que seja, e entrar em zonas alternativas de sentidos subjetivos” (p. 43). Logo, o pesquisador pode apoiar-se na formulação de uma síntese teórica que envolveu representações teóricas, valores e intuições, resultantes de novas ideias nem sempre presentes nos conteúdos por ele abordados.

Para esta pesquisa, em acordo com a metodologia adotada, de início ficou estabelecido o uso de dois instrumentos: a *dinâmica conversacional* e o *complemento de frases*. Entretanto, não se trata de um processo fechado em que o pesquisador assumiu o papel de inquiridor, de forma verbal ou escrita, ou onde o sujeito responda aleatoriamente, mas é dessa interação entre ambos e da análise que foi possível chegar ao desenvolvimento e construção do método.

A *conversação* primou pela expressão compromissada do sujeito, tratando-se de um instrumento cujas respostas do participante não são conclusivas, mas se constituem em espaço

dialógico, um momento dinâmico entre os envolvidos. A intenção era buscar a expressividade na fala reflexiva do participante. Onde o pesquisador, envolvido pelo emaranhado de sentidos subjetivos do sujeito, pôde explorar o vasto campo de informações e ideias compartilhadas. González Rey (2011) propõe que o momento da *conversação* possa ser visto como um momento vivo e intenso e compartilhado entre pesquisador e participante e que seja conduzido pelo pesquisador no uso de seus recursos e técnicas.

González Rey (2010) ressalta que a *conversação* impõe uma certa reflexividade no processo, pois tanto pesquisador quanto pesquisado seguem elaborando hipóteses em uma comunhão de experiências, dúvidas e tensões, superando um caráter instrumental, onde se dará a emersão de sentidos subjetivos. Esse processo permitiu experienciar a manifestação de expressões não verbais, emoções, argumentos e contradições que foram “se organizando em representações teóricas pelo pesquisador” (p. 46).

O outro instrumento, usado nesta pesquisa é o *complemento de frases*, que o autor descreve como sendo “(...) um instrumento que nos apresenta indutores¹² curtos a serem preenchidos pela pessoa que o responde. Os indutores são de caráter geral e também podem referir-se a atividades, experiências ou pessoas sobre as quais queremos que o sujeito se expresse intencionalmente” (González Rey, 2010, p. 57). Tratando-se, portanto, de instrumento com frases curtas, elencadas, agrupadas e interligadas que possibilitou alcançar sentidos mais complexos que evidenciaram indicadores¹³ necessários e fundamentais ao pesquisador para o desenvolvimento de hipóteses que contribuíram sobremaneira ao desenvolvimento do modelo teórico.

¹² É como podem ser classificados os instrumentos, como simples indutores de informação. São vistos como recursos à expressão comprometida das pessoas. (González Rey, 2010).

¹³ “Unidades identificáveis de um momento empírico, mas cujo valor para a investigação é inseparável da investigação para o investigador”. (González Rey, 2003, p 269).

5.3 Cenário social da pesquisa

Em acordo com a epistemologia qualitativa, o cenário de pesquisa traz como característica o próprio desenvolvimento da pesquisa, considerando estar orientado a favorecer o envolvimento do participante, pois é nesse processo onde é colocado ao sujeito a possibilidade deste ter sua adesão como uma posição pessoal. É desse clima de comunicação e envolvimento estabelecido entre os atores que se constitui o cenário para a pesquisa. Portanto, trata-se de “um momento reflexivo e dialético para o qual devemos usar diferentes caminhos”. (González Rey, 2010, p. 84).

Por conseguinte, esta pesquisa foi realizada em lugares distintos sugeridos pelo próprio sujeito da pesquisa. E teve como participante um sujeito vivendo com HIV. O sujeito desta pesquisa demonstrou estar bastante disponível e interessado em prosseguir com o que lhe era proposto a cada encontro. Entretanto, não se mostrou sensível à realização de composições, quando isto lhe foi sugerido. Disse preferir permanecer com as ‘conversas’ e com o complemento de frases, como vinha acontecendo.

Após a constituição do cenário foram realizados seis encontros. Já no primeiro momento o conteúdo girou em torno de seu diagnóstico. No segundo momento empírico foi utilizado o complemento de frases. Seguindo adiante, no terceiro encontro o foco da conversação se deu em torno da família e seus amigos, na tentativa de tratar mais especificamente sobre a relação de sua condição de saúde e estes contextos. No quarto encontro discutiu-se sobre questões referentes a sua trajetória de vida: sua formação, seu casamento, sua saída do Brasil e sua adaptação a um novo lugar, literalmente. No quinto encontro esta discorreu sobre sua experiência de trabalho, no exterior, como interprete de pessoas vivendo com o HIV/Aids e outros tipos de doenças sexualmente transmissíveis, situação que a mobilizou sobremaneira. Tratou-se sobre o dia-a-dia no trabalho, o que a motivava, seus incômodos, etc., muito do que levou à percepção de sentidos subjetivos em

contraposição a normas sociais. Informalmente, o último encontro que tivemos se deu em decorrência de uma chamada telefônica por parte do sujeito, que resultou em um rico momento de verificação de novos sentidos subjetivos.

Este estudo de caso foi realizado em diferentes momentos, em que as sessões de conversação foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas, integrando os resultados de sua análise à do complemento de frases que, através dos seus indutores, possibilitou a identificação de indicadores que favoreceram o desenvolvimento da pesquisa. O contato com o sujeito da pesquisa possibilitou evidenciar, através do processo de construção da informação, o quanto havia de conflito interno. A elaboração de hipóteses, embasadas pelos indicadores identificados, foi desenvolvida de forma a que se atribuisse um novo olhar para o tema em discussão e assim fosse possível compreender os novos sentidos relativos à experiência vivida.

6. Conteúdos para a construção da informação

Com base na Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2010), que ‘privilegia’ a configuração subjetiva para a produção de conhecimento, o processo de construção das informações não aconteceu como algo final e conclusivo, considerando que a subjetividade, sob esta ótica, é da ordem do processual e assim não é possível e tampouco desejado alcançar a sua totalidade. A partir da percepção de questões significativas, por parte do pesquisador, que foram surgindo e denotando maior importância ou relevância – e também o envolvimento do participante – foram identificados indicadores que trouxeram sustentabilidade e embasamento ao desenvolvimento de hipóteses que seguiram sendo construídas pelo pesquisador ao longo da pesquisa.

Em acordo com as proposições de González Rey (2010) a interpretação das informações se deu durante todo o processo de pesquisa, considerando que nesse processo o

empírico e o teórico estão interligados, o que fortaleceu substancialmente o argumento sobre o caráter construtivo-interpretativo desta epistemologia. Este propõe que “na pesquisa qualitativa o valor de qualquer elemento não provém de sua objetividade em abstrato, mas do significado atribuído, dentro de um tema” (p. 100) pelo sujeito.

Com base nesta argumentação, concluímos que para alcançar o conhecimento legitimado seria necessário percorrer um caminho processual, sem que se considerasse os resultados como uma verdade última, mas tão somente a busca pelo alcance de inteligibilidade no que tange aos fenômenos pesquisados, que seguem sendo legitimados pelas hipóteses geradas por indicadores através do sistema de informação que se apresenta.

7. Construindo a Informação: Estudo de Caso C.A.

A construção da informação, resultante dos diálogos entre pesquisador e o sujeito participante da pesquisa, se deu por um processo dinâmico de reflexão mútua.

Dessa forma, na tentativa de compreender o fenômeno de subjetivação sobre sua condição de saúde, através de interpretações, foram realizadas reflexões em conjunto com a pessoa da pesquisa. Vale ressaltar que não seria possível, e tampouco era a intenção, chegar a uma totalidade do entendimento referente a questões complexas e relevantes advindas deste.

Optou-se por discutir estes aspectos considerando dois eixos temáticos de construção.

7.1 Eixo temático relacionado às suas relações com o familiar e com o social

CA tomou conhecimento de sua soropositividade aos 21 anos. Descobriu de forma abrupta, quando soube por um amigo que seu ex-namorado havia morrido por consequências desencadeadas pela Aids e logo em seguida soube de seu diagnóstico. Naquela época tinha um namorado que depois permaneceu a seu lado, na condição de marido, por 13 anos. Trata-se de uma pessoa extremamente bem humorada, que “está sempre buscando soluções para tudo e para os problemas de todos”, que estão em seu contexto existencial.

Em nosso primeiro encontro, desenvolta, ela vai direto ao assunto, sem rodeios nem meias-palavras, pretendendo fazer um ‘histórico’ de sua vida e apresentar sua forma de lidar com a sua condição de saúde. Nesse início de conversa, CA descreve como se deu o envolvimento de sua família e a manifestação de amparo por parte desta, e de suas outras relações, com o qual ela pode contar, como um forte elemento nesse processo.

“Então... quando estava na minha casa... eu ainda não tinha recebido o resultado... eu falava assim: ahhh! Se esse exame der positivo eu vou me mataaaaaa! Aterrorizei todo mundo! Minha mãe contou pra minha família inteira!! Então, todo mundo se preparou... se preparou e preparou a casa pra mim. Foi uma redoma... foi uma rede protetora mesmo. (No dia em que ela recebeu o diagnóstico) meu tio... com um medo d’eu correr na W3 e me matar, foi logo dizendo “Olha!!!...” Ele me pegou assim e...: “minha filha você sabe que essa ‘disgrama’ não vai matar você não, né?! Capaz que isso vai te matar, jamais!! Somos nós todos contra isso, e você é ‘foda’, e você é ‘foda’, você sabe que você vai conseguir” (...) Nunca mais se falou disso na minha casa. Se eu não falo sobre o assunto, ninguém fala”.

Essa forma espontânea com a qual o tio expressa carinho e confiança nela, em uma sociedade onde o preconceito ao HIV é algo forte, ter alguém que traz esse tipo de amparo, que fala nesses termos, é fundamental. Trata-se de um apoio afetivo bastante forte a ela. É a clara expressão da história de um contexto familiar bastante satisfatório. Trata-se de um indicador importante do afeto e aceitação em relação a ela, e da confiança do tio na capacidade dela para não se deixar vencer pela doença. Esse apoio foi de suma importância para ela, e a partir dessas relações deu-se o desenvolvimento de aspectos que foram se desdobrando em autoconfiança.

Podemos notar, neste extrato, aspectos que tratam sobre o quanto seu contexto familiar pode ter favorecido a ela uma melhor organização, do quanto esta pôde produzir diante de sua nova condição de saúde. Quando ela pondera “então, isso tudo... essas pessoas que estão a minha volta... eu não preciso de mais nada”, podemos interpretar essa ‘conjunção’, essa ‘comunhão’ diante da situação como um indicador relacionado à sua forma de encarar o problema, considerando a mobilização de todos a sua volta e a dela própria. Pode tratar-se de um aspecto, deste processo, em ela se sente segura diante do ‘novo’, e isso é evidenciado quando CA, sentindo-se amparada, conclui que:

“(...)Foi uma redoma... foi uma rede protetora mesmo. Se eu cair no abismo tá todo mundo lá pra me segurar. Foi assim que eles me ajudaram (...). Uma psicóloga, lá nos Estados Unidos, mostrou pra mim um gráfico de como funciona, quando você fica sabendo (do diagnóstico) Você tem o momento da rejeição, da aceitação, trauma...são picos...e eu não passei pela metade daqueles ali, cara! Porque eu tive tanto apoio no meu caminho que eu não precisei. Isto me fortaleceu direto pro ponto... pra um certo ponto de equilíbrio, né?!”

Podemos notar aí um indicador de sua produção, diante de sua experiência, de algo diferente do que está representado, como vemos em “de repente eu não precisei passar por tudo aquilo ali”, o que por sua vez indica como essas etapas e processos gerais e universalizados que alguns profissionais utilizam, aqui perdem seu sentido, e o que se apresenta pode estar relacionado com sua própria história, de como ela percebe e se percebe diante de seus espaços sociais.

Outro aspecto que chama a atenção tem relação com a expressão “então é o poder do silêncio”, e a forma como ela percebe o seu contexto familiar, quando diz “É a fé em mim!

(...) as pessoas acham que eu sou uma fortaleza, ‘cara’ !! Eu.... é a sensação que tenho na minha casa”, implicando no quanto há de troca entre ela e o espaço familiar, pois é possível alcançar nesses trechos como estes espaços vão se constituindo, conforme o comentário a seguir. É mais uma forma de se perceber protegida. Suas respostas, às atitudes daqueles que lhe são caros, no que se refere às suas produções diante de sua condição de saúde, indicam o benefício do acolhimento destes, evidenciando aí o seu desenvolvimento diante de sua condição de saúde.

“O silêncio dela (a mãe), pra mim, é pra me proteger... e não a ela mesma. Porque ela conversa com outras pessoas, com certeza! Com padre, com o médico.... Eu tenho certeza que pra alguém que não tem nada a ver com porra nenhuma, ela fala! Agora pra mim ela nunca vai falar. (...) Eu acho que ela não quer falar comigo, porque ela não quer trazer isto à tona. Ela não quer me estressar com esse assunto. Ela não quer... ela não quer trazer isto pra minha vida mais do que o óbvio, mas do que já é....”

A ela parece importante o quanto eles a veem como uma ‘fortaleza’, e isso a mobiliza, a agrada e a faz forte, se posicionando, questionando e buscando novas saídas. Esse sentir-se necessária serve como indicador de pertencimento, de ser importante ao seu contexto familiar. No trecho abaixo ela evidencia a sua força no trato com o adoecimento. Ela está no processo.

“Eu não gosto da vitimização, porque pra mim é sinal de fraqueza, eu não gosto! (...) Eu não aguento ficar baixo-astrol muito tempo ‘cara’. Eu não consigo viver triste ‘cara’. Esse troço fica... eu fico doente... é uma luta de mim comigo mesma, entendeu? Eu não acho que se vitimizar perante a vida seja uma forma bacana de conduzir a sua existência nessa porra desse mundo, não. Eu não acho, de forma nenhuma...”

Fica evidente sua posição no contexto familiar quando CA relata que “preciso estar em casa para ficar com minha mãe e poder colocar ordem nas coisas” ou “meu irmão é muito cabeça-dura, mas sempre me procura para resolver algo”, vislumbramos um indicador associado a sua forma de atuar, não só no contexto familiar mais possivelmente em todos os contextos que a circundam. Reside aí uma necessidade de ter o poder sobre as circunstâncias que a rodeiam. Isso faz com que ela se sinta útil e revigorada, e traz certa realização pessoal, mais ainda como uma expressão de como seu olhar e sua vida não se limitaram ao processo do HIV, como muitas vezes está representado. Ela manteve processos subjetivos ativos e atuantes, o que lhe deu ‘energia’ para superar o que a sua condição de saúde lhe impõe.

Em outro momento ela expressa:

“Você vai ficando mais velha, você vai virando ‘gente’, mais, definitivamente, por conta das pessoas com quem convivo, com certeza! Eu não estaria onde estou, eu não seria quem eu sou se eu não convivesse com as pessoas que eu convivo (...) estou falando de pessoas que realmente tem um significado pra mim, pessoas como da família do meu ex-marido”.

20. A minha vida – “é boa demais! Sou uma pessoa feliz, graças aos céus, a mim e as pessoas que fazem parte da minha estrada. Não sou nada sozinha”.

Ela assume parte da responsabilidade pelo que tem conquistado em sua ação individual.

32. Minhas crenças, valores – “Minhas fortalezas! Meus pais foram meus grandes mestres e o aprimoramento das minhas crenças e valores eu devo a

minha própria história, a minha sensibilidade, ao meu potencial de percepção de tudo que me cerca.

Podemos notar, da forma como ela atua, por meio de seus recursos simbólicos, que sua configuração está ‘recheada’ de aspectos advindos de sua percepção tanto do que é da sua história familiar como do que é resultante das relações e redes sociais ‘misturadas’ à sua própria história, tendo em consideração o ‘como’ ela própria ‘percebe’ de si e de todo o restante a sua volta, sem que haja uma consciência imediata nesta ação. Ela agradece aos céus, mas também às pessoas, os processos que fazem parte de sua vida na terra, e ainda, quiçá o mais importante, da força que vem dela própria, de suas produções.

Neste caso são evidenciados indicadores relacionados à configuração histórica de seu contexto familiar, mas também de suas relações sociais que podem ser consideradas básicas e fundamentais para seu desenvolvimento e o olhar para novas formas de reconstruir sua vida, pois segundo ela “a gente tem necessidades, e a minha necessidade é a de querer viver. E se eu não tivesse essa necessidade de viver eu não estaria aqui com você aqui agora”. É dela que vem a necessidade de viver e não de uma determinação de que ela deva permanecer viva. É da sua luta diária em permanecer ‘ilesa’ e fortalecida para exercer sua vida.

É onde percebemos emergir recursos subjetivos, vivenciados ao longo de sua existência, possibilitando a produção de novos outros. Os muitos processos simbólicos, que vão muito além de seu contexto familiar, configuram-se na sua forma de estar no mundo, o que contribui a ela poder passar pelos momentos de adversidade, de reconstruir seu caminho, com novas opções. Ou seja, é o seu caráter gerador lhe permitindo ‘sentir’ os processos e assim gerar novas possibilidades.

Trazemos um exemplo do quanto ela se sente útil e capaz para resolver os problemas dos outros à sua volta. Seu processo de adoecimento é parte integrante de sua vida, mas não a determina. Sua vida prossegue em compasso com as suas relações sociais. Sua doença é parte dela, mas não é o seu principal. Ela se dedica ao outro e não somente a si mesma.

“Aí rolou essa separação... ele traiu ela e tudo o mais, ela descobriu... uma confusão... pense em uma confusão! Aí eu peguei e a chamei pra conversar... pq ele falou pra mim, ‘CA, conversa com a A. pra mim, porque eu quero... sabe, eu quero voltar.... Quero voltar com ela de novo... daí eu falei. Então, espera aí. Eu vou conversar com ela do meu jeito, tá? (...) Do meu jeito eu a ajudei a salvar o casamento dele....”

Ela relata que muitas vezes é solicitada a ajudar a resolver os problemas, o que a faz sentir-se forte e de alguma forma gostar de ser vista assim, como fica evidente neste outro trecho de sua fala “e não é porque eu sou ‘foda’ não, é porque naturalmente é assim que a minha vida funciona... naturalmente! Eu não sei se sou eu que puxo isso pra mim ou sei lá o quê”. É possível que ela traga as responsabilidades para si, por isso lhe fazer sentir-se viva, participante, capaz! Contudo o que importa é perceber o indicador de que ela não se permite ‘esmorecer’ ou deixar-se imobilizar por problemas que sua condição lhe impõe.

A ela não escapa o mundo à sua volta. Sua situação de saúde não a coloca em situação de vantagem ou desvantagem, apenas é parte integrante de sua vida. CA não encara sua condição como algo paralisante que a impeça de olhar para os outros ou em outras direções, podendo este aspecto de sua subjetividade contribuir para que ela ‘coloque’ a tristeza em um lugar distante dela mesma.

Quando CA fala de si:

“...minha autoestima era abaixo de zero... eu era muito insegura, no entanto eu sempre tive assim.... meu senso de humor (...) eu que brinco, quando eu falo: vem cá, vocês não querem saber como é que eu tô não? Eu falo assim, vem cá, vocês... eu dou uma aula aqui pra vocês, ó....!!”.

1. Eu me vejo – “Reconheço minhas qualidades e acho que são muitas. Defeitos, tenho também, mas tento me focar nas minhas virtudes”.

Em um primeiro momento ela se descreve como um pessoa insegura, para mais adiante evidenciar um claro processo de desenvolvimento, na busca de soluções para escapar do problema.

14. A sociedade me vê como – “Uma pessoa alegre, de alto astral, amável, agregadora, engraçada, chata, crítica, inteligente”.

18. Quem sou eu – “Gente boa! Me vejo como a sociedade me vê. Acrescento: baixa autoestima, insegura, romântica”.

19. O julgamento do outro – “Já teve um peso muito grande na minha vida. Hoje em dia tem sua importância, mas não me tira do eixo”.

Evidencia-se um indicador de sua evolução. Esta ganhou força e se desenvolveu com a experiência de viver a doença, pois ela sinaliza maior segurança em si mesma.

20. Meu autojulgamento – “Cruel na maioria das vezes. Minha autocritica é implacável, porque suas melhores amigas são a autoestima baixa e a insegurança. Trabalho internamente dia-a-dia para que elas não me cansem e não me vençam”.

Em se tratando de suas considerações, expressas no complemento de frases, observamos como ela imagina que a sociedade a vê, ou como ela gostaria que a sociedade a visse, ou mesmo como ela própria se vê. Toma-se, portanto, como um indicador relacionado a sua mudança de olhar relativo a si própria, de como fora na adolescência e de como se percebe atualmente. Podemos percebê-la produzindo, em sua experiência social, em sua vivência, algo diferente. Nota-se seu posicionamento ativo frente a seus pontos fracos.

Este é um aspecto que foi considerado importante enfatizar, pois se trata de sua indisponibilidade de entrega à tristeza. Para CA não há possibilidade de funcionar no “mode” tristeza, ela apresenta a necessidade de combater este estado, buscando novas formas de “resolver o problema”.

“...no ‘mode’ tristeza, eu não consigo funcionar. Isso vai me dando uma ‘pala’ na... Na cabeça assim.... eu falo ‘cara’ eu tenho q sair disso daqui de qualquer jeito (...) eu preciso ter alegria em alguma coisa. A minha vida é baseada em coisa boa... (...) E falo: não! Eu não quero. Aí eu quero escapular daquilo, mas não tem como. Imagina! Se você não consegue resolver o problema dentro de você, você não pode escapar dele, aí eu começo a achar formas”.

13. De onde vem minha força – “De mim em sua grande parte. Do sofrimento, de não gostar de estar triste, da vontade de seguir em frente, de viver, clichê, mas de buscar ser feliz e em estar em paz. Dos meus amigos, parentes, dos bichos, da natureza”.

Tudo está nela, é parte dela própria, e é daí de onde ela tira sua força para não deixar a tristeza se apossar dela. Aqui acontece uma produção de sentidos subjetivos, que se

configuram, promovendo seu crescimento e desenvolvimento. Trata-se de indicadores de uma emocionalidade forte associados a posições pessoais. “Eu não consigo viver triste, o fato d’eu estar mal, me faz mal. Entendeu? Eu não gosto dessa sensação de tristeza, eu não consigo viver assim”. Trata-se da forma como ela se reconhece nesse processo. Ela não se vê como uma pessoa doente, ou que a doença seja seu fim último, conforme ela relata “... porque eu não me sinto doente? (...) A partir do momento que eu entendi, eu conversei com a CA: você pode ficar do jeito que você tá, se você se cuidar...”.

Seguindo sua forma de se perceber sob esta condição de saúde, podemos notar que ela busca contrapor certo olhar social estabelecido, no que se refere a adoecimentos que ‘imobilizariam’ o acometido, quando diz que:

“Eu sou maior que isso... o meu cartão de visitas não é o HIV, não tem que ser o HIV. Porque eu sou CA, filha da dona G, e do seu M.... e que também tem o HIV. Não é assim....: CA, soropositiva, que é filha da dona G.... Não é assim!!”

21. O HIV representa – “representa uma revolução, uma evolução, um marco para o bem e para o mal, uma mistura de cores e sabores e de convivência pacífica. Não me entrego, mas também não ignoro. Uma relação de amor e ódio, de escuro e luz, mas quanto ao substantivo esperança não penso em seu antônimo”.

Mas um indicador relacionado ao seu processo de desenvolvimento que acontece com ela. Vê-se o amadurecimento, reconhecimento e contraponto com a vida, pois ela reconhece o seu processo, mas não ‘estatifica’.

32. Minha vida é como – “eu quero que ela seja. É também como a de todo mundo porque ninguém tem controle dessa montanha russa cheia de altos, baixos e médios. Viver é isso mesmo!”.

Há um olhar estabelecido que muitas vezes se dirige para a doença desqualificando e dessubstancializando o sujeito por trás desta. Poderíamos suscitar aqui um indicador relacionado à sua negação de que ela seja o comprometimento e não ela mesma. CA é sujeito da doença, no comando de seus processos de vida, ou seja, ela não se submete. Esta parece ser a forma que ela encontra para se manter saudável.

A sua implicação nesse processo de saúde e doença a levou a buscar novas formas de lidar com a questão, lançando mão de seus valores, de seus dogmas, subjetivando e assim produzindo equilíbrio em seu estado de instabilidade.

“Se eu não tivesse uma cabeça boa... a cabeça não funciona, não adianta, pifa o resto. Não adianta.... Quando a vontade de viver é maior... isso é uma coisa muito íntima, muito, muito particular... É.... individual.... A gente pensa um monte de coisa que a gente acha que não é capaz de fazer, mas quando você vive algo assim.... muda a sua cabeça. Nessas horas de prova, de provação, muito grande na vida, é aí que a gente vê quem a gente é”.

“eu sou o que eu sou, porque eu tive o privilégio na minha vida de ser transformada... de ter sido transformada pelas situações na vida, como todo cristão no mundo, porque a gente cresce assim, né? A gente vai crescendo com a vida”.

15. Minhas relações – “Sólidas, certamente!”.

Podemos entender esta forma de lidar com os processos, como expressões de como se organizou e segue se organizando sua subjetividade integrada à sua rede social, o que daria consistência à sua subjetivação sobre sua condição de saúde. Podemos tentar entender minimamente seu pensar e agir, considerando seus processos de subjetivação sobre a sua condição de saúde.

Em relação às suas perspectivas de vida CA almeja chegar a uma idade avançada, saudável, sem grandes planos, projetos ou metas. Contudo, ela traz o tema da morte onde, obviamente, ficou evidenciado o medo da ‘morte direta’, mas também havia o medo quanto a problemas sociais que a circundam, ou seja o medo da ‘morte civil’ relativo a forma como a doença é vista socialmente.

“Caiu a ficha, a gente não tem controle de ‘porra’ nenhuma. Entendeu? Tipo assim: tá vendo CA eu já tinha te falado que era pra você ter medo da morte... É o meu ‘Calcanhar de Aquiles’ (o HIV) ... definitivamente o divisor de águas na minha vida foi o HIV, com certeza! É uma coisa que tá comigo, eu...eu..., tá comigo, eu sei... era uma condição até então assim... o medinho com o outro de lá... agora a condição é minha! A condição é minha, agora! Então, definitivamente... aí se solidificou dentro de mim... se solidificou o medo! Eu tenho muito medo de morrer (...) veio o medo da morte, o preconceito... Nunca mais o nêgo vai me querer... Vou morrer daqui a dois anos, estou na escola da magistratura... Falei pra ele (seu namorado a época, depois marido por 13 anos): a única coisa que eu te peço na vida... é que vc nunca fale pros seus pais... porque tem as falas né? ... Perder o amor daquela família pra mim... eu não quis correr esse risco...”.

9. O homem social – “Pode ser preconceituoso e intolerante, mas pode ser também o melhor dos mundos. Inúmeros fatores vão determinar uma postura ou outra”.

22. O HIV – “Faz parte de mim, de quem eu me tornei. Queria me livrar dele, mas não tem outro jeito que não aceitá-lo e seguir em harmonia”.

Ela teme a morte, ‘como a grande maioria’, uma vez que a doença pode antecipar muitas preocupações ligadas a esta, contudo percebe-se certa angústia e medo quanto à ‘morte social’ relacionadas ao que o HIV/Aids pode provocar. “Pra mim aquilo era uma sentença de morte...! Fico abalada com a morte, acho que morrer é a única coisa ruim da vida”. Mas então ela subverte o processo quando afirma “a necessidade faz o homem, e a minha necessidade é a de querer viver”. Está evidente como a condição de viver com o HIV passou a ser parte de sua identidade, o qual é mais um indicador de seu processo de desenvolvimento nesse processo de viver a doença.

Portanto sua família, “seu amparo, seu pilar de sustentação”, torna-se imprescindível, e o insumo para o entendimento podemos ‘extrair’ de sua própria fala “a base é boa! A base da fortaleza é boa! Mas não construí sozinha, não. De forma alguma, ninguém faz nada sozinho”.

7.2 Eixo temático relacionado a sua experiência religiosa

O segundo eixo de construção está pautado considerando sua religiosidade. Diante de suas ponderações, quando chamada a refletir sobre o que a fazia sentir-se forte e como isso acontecia, CA foi categórica:

12. Minha religiosidade – “Um pouco de muita coisa. Gosto de tê-la. Me protege e ao mesmo tempo me dá forças”.

“...eu sou uma pessoa que acredita muito em Deus. Sei lá...!!! Eu sou meio carolazinha assim, sabe. Eu faço promessa!! Faço retiro... umas paradas dessas... eu sou meio carolazinha, sim!! É um dos meus alicerces também. Sou igual criança mesmo. Tá lá... tudo que acontece na minha vida eu agradeço a Deus. Fico p da vida, fico! Mas ele me dá o que eu preciso, de força!”

“...é uma das coisas também que faz parte de mim. É um dos meus pedaços. Essa coisa da fé. De saber que alguém lá em cima, alguém está olhando por mim. Mas não vou à igreja, não faço nada. Mas isso me... Conforta! É uma questão de conforto. Literalmente!”.

Fica evidente a sua força diante da vida, sua ação de sobrepujar as adversidades. E nesse processo ela deixa claro sua dependência da presença de Deus, ‘lançando mão’ de tudo o que sua história de vida pode lhe oferecer, de suas referências no contexto de sua religiosidade. Contudo, neste mesmo substrato, percebemos um indicador do embate entre o que ‘deveria ser’, ou seja, o que se espera de Deus, e o que para ela é importante considerar.

“... eu acredito em Deus e sei que ele não vai me abandonar. Queria apenas entender porque ele deixou isso acontecer comigo. É de lascar, meu! Mas tudo bem, se é isso, então vamos pra frente. As coisas nunca foram fáceis pra mim, mesmo!”.

Observa-se que ela está fora dos ritos e normativas, dos determinantes da igreja. Trata-se de uma ‘instância’ sua, singular, em que esta se apoia sem que para isso necessite estar em espaços determinados para a sua prática.

“... xinguei Deus pra caramba! Falei porra bicho, porra caraca, pára que agora eu não estou aguentando mais, não!!! Naquele momento eu estava fragilizada... Eu falei, claro... eu acho que é mais manifestação de mágoa... falei: porra, negão ai de cima, você tá de sacanagem com a minha cara? ... Mas depois eu me recolhi, eu falei perdão. Não é isso que... do fundo do meu coração não foi isso que eu quis dizer. Mas naquele momento foi o que saiu da minha boca”.

Observa-se uma relação com Deus que não é dogmática, que têm altos e baixos, ela tem uma relação com Deus que lhe é própria, personalizada, e que não passa necessariamente pela igreja, assim como sua força e valor para reconhecer esse tipo de relação tão peculiar com a figura de Deus.

“Deus não me deu essa vida de graça, não! Ele parece querer testar a minha resistência e eu vou mostrar a Ele o quanto eu posso ser forte. Se ele pensa que eu vou entregar os pontos assim facilmente tá enganado... Ele não me fez ‘a sua imagem e semelhança’? Pois bem, tô aqui!”.

16. Deus representa na minha vida – “Não sei mais o que Ele espera de mim e eu d’Ele. Mas, sua existência me conforta”.

Observa-se o que é de sua representação de Deus, ou seja, o sentimento de proteção que Ele ‘deveria’ propiciar. Em contrapartida, sua capacidade geradora de sentidos a possibilita manifestar formas diferenciadas de assumir o problema. Esta se ‘rebela’ diante do acontecido e segue produzindo saídas, contudo não abre mão de suas crenças, que lhe trazem conforto. Trata-se de uma produção subjetiva bastante singular e com um alto valor em sua própria expressão. Portanto, encontramos mais uma vez expresso o indicador de segurança em

si mesma, pois ela não se prende à opinião de outrem. Esta é sua opinião e este representa um forte elemento de desenvolvimento e crescimento: sua opinião em evidência.

Nota-se o ‘arranjo’ que ela busca para se sustentar. Ela se agarra às suas crenças religiosas como ajuda à condução de seus processos vivenciais. Ela diz que “recorre a Deus de forma emocional mesmo (...) em busca de amor, cuidado, compreensão e perdão”, considerando que, conforme outro trecho de sua fala, esta se sentiu culpada por ter sido pouco ‘inteligente’ e um tanto “promíscua”.

“...a maioria das pessoas que tem HIV, se sentem muito discriminadas. Elas mesmas se auto discriminam... se auto.... se auto tudo! Se auto julgam... sou uma merda! Pequei, porque sou uma vagabunda (...) Então, é um processo de culpa muito grande. Você acha que você devia ter feito tudo diferente!”.

6. Minhas escolhas – “Conturbadas, em sua maioria. Gostaria de ter tido mais sorte com elas”.

26. O HIV e a culpa – “Sinto uma certa culpa por ter me deixado cair na armadilha do amor, mais uma vez, por ter acreditado em quem não devia, por ter feito a escolha errada. Sentiria muita culpa se tivesse contaminado alguém”.

Quando lhe foi solicitado exemplificar sobre a presença de Deus em sua vida ela disse:

“...acho que não conseguiria... Ele está lá e pronto! É isso, não dá pra explicar. Eu sinto e pronto!!! Penso que a minha vida sem Ele seria algo impossível. Ele me dá tudo o que eu preciso, inclusive força pra seguir! E se não fosse isso... ah minha filha! Acho que já teria pirado!!!”.

Segundo suas ponderações essa ‘Presença’ a leva a um sentimento prazeroso e através dessa ‘força’ que é parte dela própria, ela chega a formas de subjetivação da doença.

Observamos não haver em suas expressões uma expectativa sobre uma possível salvação ou cura, relativa a sua condição de saúde, neste contexto, tão bem representado socialmente, mas sim um aspecto relacionado ao amparo, ao conforto, que lhe dá sustentação e força à condução do seu processo de adoecimento, que lhe é bastante peculiar e parte de sua identidade. Podemos verificar que CA segue se organizando, se constituindo e se atualizando ante seu adoecimento de acordo com as necessidades que vão sendo geradas por ela. Ela demonstra uma forte capacidade de ação geradora de alternativas às suas experiências, se posicionando ativamente diante destas.

8. Considerações Finais

A realidade não se constitui uma dimensão externa à subjetividade individual, mas sim um elemento constituinte desta. Compreendemos que a subjetivação do real pelo sujeito “caracteriza o conhecimento e lhe permite a subjetivação de novas formas do real, o que leva a novas formas do desenvolvimento do conhecimento” Gonzalez Rey (2005, p. 136). Portanto, no processo de construção da informação, relativa aos objetivos que se pretende alcançar, o contato com o sujeito possibilitou compreender e a partir daí produzir, minimamente, conhecimento sobre o que advém de sentidos subjetivos deste, de suas configurações e de sua constituição, que estão relacionadas à sua condição de saúde.

Dessa forma, das ações do sujeito diante de sua condição de saúde, observa-se que seus valores ‘emergem’ como estratégias de proteção, pois não há alienações quanto a estes. A vida é encarada de forma a não permitir que seja ‘roubado’ o momento presente à existência, pois a doença é encarada considerando os mesmos valores com os quais se vive a vida. Portanto a condição de saúde, neste caso, está diretamente ligada ao modo de viver a

vida em toda a sua plenitude. A doença já é parte da identidade, pois o estigma inerente a todo esse processo não é algo que impede o sujeito de ter planos ou seguir em frente. Já não é apenas a doença interferindo na vida, mas presente na rotina, ou seja, a vida presente no modo de avançar e viver o processo de doença.

Em suas narrativas, percebe-se que CA se torna sujeito de sua condição de saúde. Ela passa a se relacionar com o todo a partir de um lugar bastante singular, levando-se em conta que sua condição de saúde lhe possibilitou momentos de desenvolvimento e crescimento.

Por consequência de sua condição de saúde todos a sua volta também entrarão em contato com esta, considerando se tratar de uma condição na qual todo o seu contexto e relações estarão envolvidos. Podemos perceber, diante de suas expressões, o desenvolvimento mútuo de subjetividade individual e social que se unificam e se constituem reciprocamente diante dos processos que ela vivencia, caracterizado o que González Rey (2003) descreveu como relação de recursividade.

Percebe-se o quanto as relações sociais, tanto familiares quanto outras, são parte constituinte do amparo percebido pelo sujeito, fundamental como espaço produtor de sentidos subjetivos associados ao modo como esta vive sua vida, como encontra novos caminhos e segue adiante. Nota-se certa disposição em se gerar expectativas de vida diante da condição de saúde. Observa-se que através dessas relações foi possível desenvolver aspectos que provavelmente foram se desdobrando em autoconfiança. Nota-se certa disponibilidade em retirar o foco da intercorrência trazendo-o para si enquanto sujeito do viver a doença, de forma positiva e inconsciente, pois esta já não considera as normativas, determinações e narrativas sociais quanto a sua condição de saúde.

Ao confrontar sistemas normativos sociais determinantes, considerando a subjetividade social na qual ela está inserida, CA, em sua relação com Deus, por exemplo,

evidencia algo muito próprio, particular e personalizado, ou seja, foge ao que é dogmático. Não se trata de uma relação pautada nas normativas, mas em uma relação muito particular com a figura de Deus. Esta não se prende a impossibilidades como fator determinante de sua existência. CA não se permite estagnar e busca sobrepujar o que está posto ‘elencando’ novas possibilidades de atuação, assumindo parte da responsabilidade pelas conquistas, por sua ação individual. Há a possibilidade de uma produção subjetiva alternativa em CA que lhe permite novos posicionamentos e assim poder gerar novos sentidos subjetivos. Portanto, vemos aí evidenciado a emergência desse sujeito.

Dessa forma, os resultados alcançados caminham no sentido de se perceber CA, constituinte e constituída socialmente, trazendo algumas alternativas de ‘reedição’ ao seu viver e, dessa forma, este estudo de caso nos permitiu refletir sobre as formas de subjetivação do processo de adoecimento por parte do sujeito do estudo de caso. Isso possibilitou chegar a hipótese de que para CA sua condição de saúde é vista apenas como uma intercorrência e não o aspecto determinante de sua existência. Esta produz alternativas à sua vida apesar do adoecimento.

Tratamos, portanto, de algo que traz uma enorme complexidade de relações sistêmicas envolvidas. Tratamos de um todo, de um emaranhado integrado e interligado, onde não é possível discriminar onde começa o individual e termina o social e vice-versa, pois assumimos que nesse ‘agregado’ tanto há de um eu singular quanto de um eu coletivo-social, que segue constituindo sua existência e produzindo, em um ciclo constante de interações, novas formas de se posicionar diante do que se apresenta.

Neste estudo de caso podemos observar que há um descompasso entre o que é da produção subjetiva do sujeito, que vive com o HIV, e o que vem da condição objetiva da doença.

A produção subjetiva de CA é vista como elemento de superação ao que a doença pode trazer de efeitos negativos à sua existência. Serve a esta como possibilidade de poder seguir no processo com alguma estabilidade. A revolução e a evolução referentes ao que o HIV promove, na sua vida, representam o seu próprio crescimento e desenvolvimento. Notamos a emergência de sentidos subjetivos que evidencia a sua expressão criativa diante da doença. E todo esse processo trata da expressão da emergência de novas configurações, o que se torna a razão de seu comportamento atual.

Fica evidenciado que CA desenvolve seu modo particular de viver a vida com forte elaboração pessoal, o que leva à percepção de seu envolvimento motivacional com suas experiências vividas. O comprometimento de sua saúde lhe possibilita considerável desenvolvimento pessoal. Em seus relatos fica evidente o quanto sua condição de saúde passa a ser parte de sua identidade, pois ela se apropria da doença como parte da sua vida, confrontando a si própria, reconstruindo a sua autoestima, sua subjetividade individual, pois diante da impossibilidade de mudar tal situação esta é desafiada a contrapor a si própria, passando a produzir novos sentidos subjetivos, ao se perceber vivendo com HIV e assim poder expressar sua singularidade, produzindo novas formas de resistir e existir.

Portanto, considerando se tratar de algo que é do campo do processual, CA exerce a sua decisão de se manter saudável em seus momentos de vida, mesmo nos de adoecimento, se tornando sujeito da doença, totalmente implicada no processo, não permitindo que a doença delimite espaço, tempo e ação em seu processo existencial.

9. Referências Bibliográficas

- Amatuzzi, M. M. (2001). *Esboço de teoria do desenvolvimento religioso*. In: PAIVA, G.J. (org), *Entre a necessidade e Desejo: diálogos da Psicologia com a Religião*. São Paulo, Loyola: 25-51.
- Baierl, Luzia F. (2008). *Medo social: dilemas cotidianos*. Revista: ; ponto-e-vírgula, 3: 138-151.
- Bizerril, J. & Neubern, M. (2012). *Experiência Religiosa e Subjetividade no contexto contemporâneo: diálogo entre psicologia e antropologia*. Em: Freitas, M.H. & Paiva, G.J. (orgs.) *Religiosidade e Cultura Contemporânea: desafios para a psicologia*. (pp. 231-260). Brasília: Universa.
- Bock, A. M. B. (2001). *A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva critica em psicologia*. São Paulo: Cortez.

- Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2010). *Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS HIV/Aids: Resposta Brasileira 2008-2009: Relatório de Progresso do País*. Brasília: Ministério da Saúde (MS).
- Brito, A. M. de, de Castilho, E. A. & Szwarcwald, C. L. (2000). *AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 34(2), (pp. 207-217).
- Camargo Junior, K. R. (2007). *As armadilhas da concepção positiva de saúde*. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 64, jan./abr.
- Darde, V. W. da S. (2004) *A Aids na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania*. Em Questão, Porto Alegre, v.10, n.2, p.247-259.
- Darde, V. W. D. S. (2006). *As Vozes da AIDS na Imprensa: Um estudo das fontes de informação dos jornais Folha de S. Paulo e O Globo*.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). *Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura*. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 18, n. 3, 2005, pp. 381-389. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300012&lng=es&nrm=iso>.
- Faria, J. B., & Seidl, E.M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11, 155-164.
- Freitas, M.H. (2012). *Religiosidade na experiência de atuação Psi: sintoma ou saúde?*
 Freitas, M. H de: em: Freitas, M.H. & Paiva, G.J. (orgs.). *Religiosidade e Cultura Contemporânea: desafios para a psicologia*. (pp. 191-229). Brasília: Universa.
- Galvão, A. C. (2009). *Os muros (in)visíveis do preconceito: um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado em Psicologia

- Social, do Trabalho e das Organizações, Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Geertz, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. R. Janeiro, LTC, 1989.
- Gonzalez Rey, F.L. (2003). *Sujeito e Subjetividade*. São Paulo: Thomson-Pioneira, 2003.
- Gonzalez Rey, F. L. (2004). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- González Rey, F. L. (2005/2010) *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2010). *As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa*. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(2), 328-345. Doi: 10.1590/S1414-98932010000200009.
- González-Rey, F. L. (2011). Subjetividade e Saúde: superando a patologia na clínica. São Paulo: Cortez.
- Gonzalez Rey, F. L. (2012). *O pensamento de Vigotsky: contribuições, desdobramentos e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec.
- Goulart, D. M. (2103). *Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro*. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, vol. 11, núm. 1, enero-junio, pp. 21-33. Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia.
- Jodelet, D. (1989/2001). *Représentations sociales : un domaine en expansion*. In D. Jodelet (Ed.) *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ Faculdade de Educação, dez. 199.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Lima, M. L. P. (1996) *Atitudes*. Em J., Vala & M. B., Monteiro (Orgs.). *Psicologia Social* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Mori, V. D. & González Rey, F. L. (2012). *A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 140-152.
- Moscovici, S. (1961/2012). *A Psicanálise Sua Imagem e Seu Público*. Coleção Psicologia Social. (p.28). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2009). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. P. 24). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nunes, J. H. (2005). *Leitura de arquivo: historicidade e compreensão*. In: *Seminário de Estudos em Análise do Discurso*, 2. Porto Alegre. Anais eletrônicos. Porto Alegre: UFRGS, 2005. http://www.discurso.ufrgs.br/sead2/doc/interpretacao/Jose_horta.pdf.
- Parker, R. (1994). *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ/Relume, Dumará.
- Pascual, A. L. (2008). *Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil*. In: Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde. (org.). *Direitos Humanos e HIV/aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, pp. 40-55.
- Rocha, Z. (2007). *Ética, cultura e crise ética de nossos dias*. Síntese – Revista de Filosofia, Belo Horizonte, v. 34, n. 108, p. 18, jan./abr.
- Sampaio, T. M. V. (2002). *Aids e Religião: aproximações ao tema*. Revista de Ciências Sociais e Humanas, Impulso nº 32, p. 19-38.
- Sêga, R. A., (2000). *O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici*. Anos 90, Porto Alegre, nº 13, p. 128-133, jul.
- Szwarcwald, C. L. & Castilho, E. A. de. (2011). A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(Suppl. 1), s4-s5. Retrieved August 27, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300001&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2011001300001.

- Teixeira, R. R., Pinheiro, R., & Mattos, R. D. (2003). *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, 4, 91-113.
- Valle, C. G. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. *Horizontes Antropológicos*, 8 (17), 179-210.
- Zauhy, C., & Mariotti, H. (2002). *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. P. 51.

APÊNDICE “A” - ATIVIDADE DE COMPLEMENTO DE FRASES 1

1. Seu pai –
2. Sua mãe –
3. Irmão 1 –
4. Irmão 2 –
5. Irmã –
6. Trabalho –
7. Meu amor –
8. Sua casa para você –
9. Um filho –
10. Não gosto –

11. Adoro –
12. Suporto isso, porque –
13. O adoecimento –
14. Me sinto triste quando –
15. Tenho vontade de –
16. Queria poder –
17. Meus estudos –
18. Deixo alguém ir –
19. A minha vida –
20. O hiv representa –
21. Eu gostaria de fazer –
22. O que me dá prazer –
23. Uma pessoa importante que me faz sentir –
24. Às vezes eu penso em –
25. Me sinto presa quando –
26. Sobre pressão eu –
27. Penso muito sobre –
28. Me irrita –
29. Fico abalada com –
30. Seu contexto está cheio de –
31. Minha vida é como –
32. A perda me deixa –
33. A morte me –
34. Há a promessa de –

APÊNDICE “B” - ATIVIDADE DE COMPLEMENTO DE FRASES 2

1. Eu me vejo –
2. Meu lugar no mundo –
3. Minhas relações –
4. Meu amor –
5. Minha família para mim –
6. Deus representa na minha vida –
7. Minhas escolhas –
8. A sociedade –
9. O homem social –
10. O trabalho –

11. A dignidade é –
12. Minha religiosidade –
13. De onde vem minha força –
14. A sociedade me vê como –
15. Como eu vejo a sociedade hoje, depois desses 20 anos –
16. Eu que espero da vida –
17. Minha condição de saúde me impõe –
18. Quem sou eu –
19. O julgamento do outro –
20. Meu autojulgamento –
21. O HIV –
22. O prazer de estar com alguém –
23. ‘Perder’ o meu amor –
24. Perder a vida –
25. O recomeço –
26. O HIV e a culpa –
27. O estigma –
28. A violência –
29. Os bichos –
30. A intolerância –
31. O acolhimento/atendimento –
32. Minhas crenças –
33. Meus valores –
34. Tenho vontade de –
35. Preciso de –

- 36. A morte –
- 37. Uma vez –
- 38. Os planos –
- 39. Eu gostaria de mudar na minha vida –

APÊNDICE “C” - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Com o objetivo de Compreender processos subjetivos associados à experiência de viver com o HIV, por parte de um adulto e sendo este parte do trabalho de monografia de conclusão do curso de graduação de Psicologia, pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), eu Solange de M. do Nascimento Lopes, venho solicitar sua participação neste trabalho de pesquisa.

A pesquisa não oferece riscos a integridade física, psíquica ou moral do participante. Todas as informações obtidas terão como finalidade exclusiva o trabalho científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato quanto a tais informações. As informações ficarão guardadas sob a responsabilidade dos pesquisadores, com a garantia de manutenção do sigilo e

confidencialidade. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele evidenciará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Após ter esclarecido suas dúvidas quanto a pesquisa a ser realizada, e no caso de aceitar participar da mesma assine ao final das duas vias deste documento, sendo uma delas a sua e a outra do pesquisador responsável. Vale salientar quanto a possibilidade de desistência de participação na pesquisa a qualquer momento. Em caso de recusa não haverá penalização, de forma alguma. Em caso de dúvida o participante poderá procurar o comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. É importante que você leia e compreenda todo o conteúdo aqui discriminado, antes de assiná-lo. Em havendo algo mais que não seja de sua compreensão, não hesite em esclarecer junto ao pesquisador deste estudo, que buscará sanar todas as suas dúvidas.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa, com a participação na mesma você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Informações sobre a pesquisa

Título: HIV – Subjetividade e Religiosidade, o Viver a Doença.

Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Pesquisador responsável: Fernando Luis González Rey

Pesquisadora assistente: Solange de M. Do Nascimento Lopes

Eu, _____ RG _____

Após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, _____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador responsável:
Fernando Luis González Rey
E-mail: gonzalez_rey49@hotmail.com

Pesquisadora assistente:
Solange de Maria do Nascimento Lopes
E-mail: slopes02@gmail.com